

SIFILIGRAFIA

PROF. B. D. SOMMER

LECCIONES SOBRE SÍFILIS

POR

FEDERICO J. ARRIGHI

TOMO I.º



1906

ARSENIO GUIDI BUFFARINI

EDITOR PROPIETARIO

Calle Córdoba 2080 — Buenos Aires

SÍFILIS



«*La sífilis* es una afección muy difícil definirla, pero podemos decir que se trata de una enfermedad específica, que obra por un virus propio y aún desconocido, que infesta al organismo sano sea por contagio, ó por herencia, interesando á todos los sistemas del organismo y cuyos síntomas pueden manifestarse de una manera intermitente.»

Antes se creía que esta enfermedad tuvo su origen en América y que de aquí los viajeros la transportaron á Europa, pero esto no es cierto, pues los antiguos ya la conocían aunque no con el nombre de Sífilis, y así los franceses hablaban del Mal Napolitano ó del Mal Italiano aludiendo á ella y los italianos á su vez llamábanla, el Mal Gálico, atribuyéndose de esa manera el origen de la enfermedad.

Pero hay que llegar á leer escritos de Fracastor el cual en una poesía escrita á un aldeano que padecía del Mal Gálico lo llamó con el nombre de *Sifilus*, nombre que se le sigue llamando ahora.

Es con el nombre de *Lues* que la apellidamos delante del enfermo para que no sepa que tiene sífilis.

Hasta el descubrimiento de América, la Sífilis en Europa era poco conocida y la peste más temible era entonces *la lepra*, que poco á poco fué cediendo el paso á la sífilis; pero si bien es cierto que la lepra estaba más esparcida, no lo es menos la posibilidad de la confusión de las dos enfermedades, y así se explica que los médicos de antaño nos hayan legado escritos de ulceraciones seguidas de caries óseas sub-yacentes, que no podían ser más que sífilis.

El estudio de la sífilis es de mucha importancia, porque es necesario conocer todas las modalidades sifilíticas para instituir un buen tratamiento y también para demostrar que el aislamiento del sifilítico de la Sociedad sana, es la regla de observar hoy en día, en el siglo de la profilaxia, pues de 100 sifilíticos 90 á 95 son contagiados del acto sexual y más de 5 % se contagian inocentemente, porque ha existido, lo que no debía ser, un sifilítico infestante libre.

Y debemos hacer constar que la sífilis de los inocentes cuenta entre sus víctimas á médicos y estudiantes que al efectuar con el dedo una exploración vaginal de una sifilítica ó en el auxilio de una parturienta, se contagian la sífilis con *un chancro en el dedo* que de paso diremos que es el más frecuente de los extra-genitales.

Es *con el chancro, que se iniciará siempre la Sífilis* y si algunos sostienen que hay casos en que no hay chancros es porque el enfermo atribuye el mal á otra cosa que no viene al caso ó porque no recuerda bien; ó en fin si se trata de mujeres es, porque se desarrolla, lo que es muy frecuente, en el cuello

del útero, evoluciona silenciosamente, no dando sinó un flujo negligible y en que solo una inspección casual daría con él; pero en todos estos casos si es difícil algunas veces observar el chancro, por lo menos deberá existir su satélite, que es el *infarto ganglionar vecino*, que será de todo los síntomas el más fiel y el más seguro para el *diagnóstico de la Infección Sifilítica*.

La sífilis penetra en el organismo por donde se peca: es una ley.

Pero, ¿que es necesario, para que se produzca la infección sifilítica?

Se dice que basta cualquier deformidad ó mejor una solución de continuidad para que se internen los gérmenes de la sífilis y produzcan el chancro sifilítico. Abell ha estudiado la cuestión de si productos sifilíticos virulentos, puestos en contacto con la piel intacta, dan sífilis, pero es probable que no, pues el epitelio normal la protege. De modo, pues, que para infectarse con la sífilis es menester que exista una efracción de la piel ó de las mucosas que se ponen en contacto con el virus sifilítico, efracciones que á veces resultan tan pequeñas que escapan á la vista del observador y que es lo que hace creer en la posibilidad de un contagio sifilítico á través de una piel intacta.

Es por eso que es debida á los *padrastos*, (que son pedazos de piel desprendidos del reborde supra ó periungueal, y que se curan, dándole un tirón hacia atrás y sacándolos así) la infección del chancro del dedo, común entre médicos y estudiantes con sífilis profesional ó inocente.

Es también debida á una efracción de la piel del labio, que es muy delgada y siempre escoriada ó con fisuras y de allí que un beso, ó una bombilla, cuchara, vasos ó otro instrumento infectado de un sífilítico ataque al labio infectado.

Y en la República Argentina casi todos los sífilíticos de la boca tienen la costumbre de tomar mate con bombilla.

Otro modo de contagio es la transmisión de la sífilis por vía seminal.

Es evidente que el hijo sífilítico de un sífilítico con su madre sana, ha de ser el semen de vehículo; pero experiencias de laboratorio no han llegado á ningún resultado.

Es por eso que Sommer no hace más que aceptar las ideas de Fournier respecto á los modos de contagio que pueden existir en la sífilis y los enumeraremos así:

1º *La sífilis por contagio* que es la que ya explicamos como se hace.

2º *La sífilis hereditaria* ó de transmisión seminal que también enumeramos antes y por la cual un padre sífilítico da un hijo sífilítico.

Ahora viene lo que Sommer llama *transmisión por inyección sanguínea* que Fournier las clasifica en dos grupos más, que son:

3º *La sífilis concepcional*, por la cual un padre sífilítico da en una madre sana un hijo que es sífilítico por el segundo modo es decir por vía seminal, pero este hijo sífilítico por los cambios placentarios puede, por inyección sanguínea pues infectar á su madre durante la concepción, dándole una sífilis concepcional.

4º *La sífilis post-concepcional*, por la cual, padre y madre se fecundan los dos sanos, la madre tiene que concebir un hijo sano, pero en el curso del embarazo, la madre se sifiliza por cualquier causa, esta madre sifilítica ya por los intercambios placentarios, puede dar un hijo sifilítico, el cual adquiere una sífilis post-concepcional.

Las secreciones normales de un sifilítico si son puras no transmiten la sífilis, pues se dice que, los epitelios glandulares detienen á su pasage el virus sifilítico de la sangre, que exuda bajo la forma de sudor, orina, lágrima ó saliva normales; pero, si ese sifilítico tiene placas sifilíticas bucales que son infecciosas, la saliva al tocarlas se carga de virus sifilítico y es así contagiosa.

Moisés enseñó á los israelitas muchas prácticas profilácticas que revelan el buen tino de ese gran legislador hebreo, y entre tantas está la obligación de que á los 8 días de nacer todo israelita macho, se le debería practicar *la circuncisión del prepucio*, y esta práctica además que aleja la molestia para el coito preserva al individuo para las enfermedades venéreas, pues la piel del prepucio es muy delgada, vulnerable y apta pues para contagiarse la sífilis, en contra de la mucosa adherente del glande, que se keraatiniza y se hace así más resistente.

Pero entre los mismos hebreos, ha habido pequeñas epidemias en los niños de sífilis, aunque eran hijos de padres sanos, pues sucedía que el encargado de la circuncisión era un sifilítico y tenía infectado su cuchillo é infectaba así á la vez á 30

ó más pequeñuelos víctimas de esa enfermedad, y como además se recomendaba como medio hemostático, contra la hemorragia de la circuncisión, de que tenía que chuparse el pene operado, se comprenderá la facilidad de la infección sifilítica, con esta forcipresura natural.

Historia.— La sífilis es una enfermedad que como dijimos ha sido desconocida por mucho tiempo.

Pero cuando poco á poco la luz se fué abriendo, se llamaban *Enfermedades venéreas* á la blenorragia, al chancro blando y á la sífilis, comprendiendo así que todas no eran más que modalidades de una misma enfermedad.

Fué *Hunter* médico célebre del siglo XVIII que intentó deslindar estas tres afecciones hasta entonces reunidas en una sola enfermedad; tomó pus de un blenorragico y se inoculó á sí mismo; y ¿qué sucedió? que tuvo una blenorragia acompañada un poco más tarde de la aparición de un chancro sifilitico; dió la desgraciada suerte de que el pus primitivo se trataba de un blenorragico que era sifilitico y que tenía los dos virus asociados; de allí pues que *Hunter* vivió confundido en la ignorancia explicable de sus antepasados.

Y solo la fortuna deparó al gran *Ricord* el honor de haber estudiado y hecho inoculaciones de blenorragicos y sifiliticos y de haber concluido que la blenorragia y el chancro obedecen á causas distintas, que no las conoció pero que por lo menos logró enseñarnos á deslindar la blenorragia de la sífilis, pues son dos entidades mórbidas diversas.

Pero aun subsistía una cuestión cuya verdad se la disputaban dos escuelas opuestas: la una, *la escuela unicista*, creía que el chanero blando como el chanero duro era de naturaleza sifilítica, es decir que después de la aparición de ambos, se producía la infección generalizada, y *otra era la escuela dualista*, la que enseñó á distinguir el chanero blando del duro y á considerar al blando como una lesión local no seguida de infección generalizada, mientras que solo al chanero duro le imputaban la sífilis generalizada, y tal era la verdad científica de estos dos maestros que con el descubrimiento del *Strepto-Bacilo de Ducrey-Union*, que aislado ó inoculado reproduce solo al chanero blando, ha venido á echar por tierra la teoría unicista, y si bien queda confirmado hoy el deslinde patogénico entre chanero blando y duro, sin embargo los maestros europeos cuando están ante un chanero emiten sus dudas y *esperan los síntomas de la infección generalizada* que es realmente la verdadera sífilis que siempre se manifiesta con el chanero duro, pero que á veces da también con el blando, y es que en esos pocos casos se inocular primero el virus piógeno, y produce la pústula del blando, pero como al mismo tiempo hay virus sifilítico, éste sigue su evolución y el chanero blando se transforma en duro y aparece después así la infección generalizada, como consecuencia del

Chancro sifilítico

Siguiendo lo que dice Fournier podemos comparar á la evolución de la sífilis con la de un drama variado en actos y entreactos: del mal el *primer acto* es el coito infestante, el *primer entreacto* la incubación del virus sifilítico; luego un *segundo acto*, es la aparición del chancro con su satélite el infarto ganglionar; después un nuevo entreacto de aparente reposo y un *tercer acto* la manifestación de la generalización de la enfermedad y por fin otro entreacto seguido de *otro acto final* que es la sífilis terciaria, pero como dice muy bien el doctor Sommer todo el drama puede en algunos casos reducirse á una petit-pieza que lleva en poco tiempo á la muerte.

Desde el momento del contagio hasta la aparición del chancro transcurre un tiempo que gira alrededor de 20 días más ó menos, pero puede ser más prolongada la incubación y así hay casos de 30, 40 y más días, así como también hay casos en que es menor y se lo ha visto de 15 días: fuera de estos límites los casos citados pueden fallar por error en la exploración.

Y entonces, después de los 20 días ¿qué es lo que aparece? Aparece como primer signo de la infección sifilítica una papulita rojiza del tamaño de una cabeza de alfiler, en cuya extremidad el epitelio ha desaparecido dejando una *erosión* que se va extendiendo más á medida que la papula se extiende también, y entonces la coloración del chancro adopta ó un *tinte grisáceo* igual al tocí-

no rancio ó bien *un tinte rojizo* parecido al jamón. A medida que la erosión aumenta, segrega un producto. ¿es pus lo que segrega la erosión?

No: es un sero-pus, que sacado deja una costrita igual en coloración á la piel vecina.

Pasado este primer período de evolución del chancre, aparece su segundo signo, es *la induración* y entonces se nota que la erosión empieza á tener una base que se indura, y esta induración se extiende más ó menos profundamente de allí que se ha dividido á la induración chancreosa en: 1º *induración nodular* que de la epidermis va profundizándose en el dermis y da la sensación de un núcleo redondeado igual á un tapón de goma y 2º la *induración laminar* que se la subdivide en (a) *induración apergaminada* que da la sensación del pergamino y *induración papirácea*, que da la misma sensación de una tarjeta tomada por sus bordes.

El chancre, dice Fournier, es un neoplasma tegumentario de superficie erosiva y de base indurada. El chancre que se manifiesta en un mismo punto es siempre del mismo tipo.

Finger es el que ha explicado científicamente al chancre: estudiando un corte de éste al microscopio se nota: 1º un retículo muy fino de fibrillas conjuntivas: 2º elementos celulares que ocupan las mallas del retículo y compuestas de leucocitos, células conjuntivas embrionarias, á veces células epitelioides formando un manto á una célula gigante: 3º lesiones vasculares predominando en las arterias, en las cuales las tunicas externa é interna están muy espesadas por la pre-

sencia de un gran número de elementos celulares densamente agrupados, denominándose esta lesión vascular, peri-meso-endarteritis sifilítica.

Finger fué el que relacionó la induración á esta lesión vascular, de tal modo que allí donde hay muchos vasos, allí habrá gran induración y vice-versa.

Ahora bien, estudiando el modo de irrigación del glande, vemos que alrededor del manto, del surco-balano-prepucial y de la corona del glande, las arterias tienen una disposición vertical con relación á la superficie y se ramifican arboricamente, mientras que en la superficie del glande, los vasos que llegan de la profundidad, se ramifican horizontalmente paralelos á la superficie, de allí pues como dice Finger, si la induración depende de la lesión vascular, allí donde los vasos son numerosos y se desprenden de la rama mayor como las ramas de un árbol, la induración será nodular y allí, donde los vasos son escasos y de disposición rastrera, también allí la induración será laminar.

Ya dijimos que cuando aparece el chancre, se ve una mancha roja sin epitelio y descubierta, que va extendiéndose y profundizándose y asumiendo un tinte más oscuro con la superficie erosionada y del tamaño de una moneda de níquel de 5 ó 10 centavos.

Después de algunos días de estadio el chancre ó toma *un tinte grisáceo* igual al tocino rancio ó *un tinte rojo oscuro*, parecido al jamón.

Si estudiamos á uno de ellos vemos que si es *un chancre grisáceo* que tenía un aspecto liso

parecido á una falsa membrana, ahora va tomando el aspecto de una secreción rojiza y este es el signo de que va recubriéndose de epitelio, y la reparación no deja cicatriz porque tampoco la lesión destructora ha sido profunda sino superficial y al fin deja una mancha, al principio rojiza ó rosada y luego pigmentada: esta última es más persistente en los chancros que se originan en el prepucio.

Pero si por el contrario tomamos á un *chancre rojo*, cuando éste tiende á epidermizarse, toma al contrario del grisáceo, un tinte rosado más blanquecino que al principio.

Pero á veces en este chancre rojizo vemos que existen puntitos rojos que sobresalen sobre el fondo rojo del chancre, parecidas á petequias, es lo que llamamos *chancre petequial*: es raro. Otras veces la superficie se hace escamosa ó bien aparece una depresión que le da el aspecto de *una úlcera*.

Se inicia como término medio á los 20 días, á veces 25, 30 y 35 días y aún en 15 desde la infección.

Ya sabemos que lo que tiene en la superficie el chancre, es una pérdida de su epitelio, pero esto no es una *ulceración*, sinó que es una *erosión*, es decir una ulceración superficial, no una pérdida profunda que es lo que realmente expresa el término de ulceración, ó más bien como lo llama Fournier una verdadera *exulceración*.

Sin embargo hay casos de chancros que tienen una verdadera ulceración, hay una pérdida mu-

cho más grande de tejidos cutáneos, pero esto es ya una *complicación* en su evolución.

Es así que, *ya porque el médico interviene* en la aparición del chanero con *sustancias muy enérgicas*, lo que no debe hacer vgr. sustancias cáusticas que necrosan á los tejidos y producen á su caída la úlcera, *ya porque debido á la lesión vascular sifilítica* que como ya dijimos es una peri-endarteritis hipertrófica que si llega en algunos casos á *ser obliterante* y naturalmente oblitera una de las arterias que nutre al chanero, se explica la *necrosis* y la úlcera consecutiva á la falta de nutrición de ese territorio arterial.

A propósito de la induración ya dijimos el por qué era unas veces *nodular* y otras *laminar*, así como ésta se subdividía en *apergaminada* y en *papirácea* y de paso diremos también *otra vez que los chancros del glande son laminares y los del meato, de la corona y surco son nodulares siempre.*

La erosión desaparece á los 15 ó 20 días de su aparición, pero *la induración* persiste, por meses, 1 año y más á veces, de allí que cubierto de epitelio el chanero, persiste aún á la palpación la sensación de un tapón de goma.

El *Dr. Sommer*, nuestro ilustrado profesor, ha observado con frecuencia este hecho: que á veces un chanero persiste erosionado por mucho tiempo y solo cuando aparecen las manifestaciones de la infección general, el chanero se epidermiza y la induración va disminuyendo poco á poco: parece dice Sommer, que la infección general funcionara realmente como si fuera una

bomba aspirante é impelente, que absorbiese al chanero y enviase por los vasos las sustancias tóxicas ó chancrosas y las vertiese al interior .

Otro hecho que ha observado el Dr. Sommer es que cuando aparece la época de la *alopecia sifilitica*, se produce en el chanero una *nueva erosión costrosa*, parece dice, un nuevo chanero sifilitico.

Infarto ganglionar

Después de la aparición del chanero existe un nuevo signo satélite del chanero y es el *infarto de los ganglios linfáticos vecinos*.

El infarto es al chanero lo que la sombra es al cuerpo, es su compañero fiel y seguro y solo en el 1 al 2 ⁰/₁₀₀ de los casos dicen los autores que suele faltar el infarto ganglionar, pero como dice el Dr. Sommer, es muy fácil que esa falta sea más bien error de diagnóstico que ausencia del infarto y veremos más adelante como sucede la confusión de un goma con un infarto.

El estudio del infarto ganglionar sifilitico fué tan minuciosamente estudiado por *Ricord*, que en su honor se lo ha denominado con el nombre de *Pléyade de Ricord*.

En efecto una semana despues de la aparición del chanero ó algunas veces dos, se nota en la región inguinal, el *aumento de volumen de uno* de sus ganglios, despues engruesan otros más, haciéndose todos muy accesibles á la pal-

pación, pero de todos el primero que aumentó de volumen, es siempre el más grande y es el más cercano al chanero.

Esta alteración del chanero es aflegmásica, no es debida á la inflamación, es una lesión neoplásica como lo es toda lesión sífilítica, en efecto no hay ningún síntoma inflamatorio, ni aun se nota el dolor.

La piel adyacente no se adhiere, y los ganglios son movibles.

Los tejidos interganglionares son sanos en la sífilis, lo que lo diferencia con las *adenitis inflamatorias*, en las que están igualmente enfermos.

Así pues en la sífilis los tejidos interganglionares están sanos, pero los ganglios están infartados y se nota el síntoma de la induración, pues ellos tienen ó dan una sensación igual á la del chanero, es decir como la de un tapón de goma.

Poco á poco el volumen de los ganglios disminuye, pero aquel que está próximo al chanero y que fué el 1º en infartarse, es el último que tarda en desaparecer, pues puede pasar más de un año en hacerlo.

Es tan segura la aparición del infarto ganglionar, que á veces el enfermo nota sus ganglios inguinales infartados y no nota al chanero, pues éste puede, algunas veces, esfumarse, mientras que el infarto nunca.

El chanero á veces puede ser de difícil investigación, aun existiendo, y así sucede con los chaneros del cuello del útero que suelen escapar á la observación.

Sucede á veces que cuando se desarrolla un

infarto en un individuo que sea tísico, se produce un chanero inflamatorio que supura y sin embargo es un verdadero chanero.

De allí pues que algunas veces pueden existir infartos inflamatorios y purulentos y son sífilíticos y que todo es debido á la mala nutrición del sugeto.

Para emitir el diagnóstico de sífilis es necesario tener presente varios datos: 1º *debemos examinar bien* al chanero y el infarto ganglionar y empezar si se puede, por investigar el período de incubación, que si es de 20 días más ó menos, ya sería un dato más para el diagnóstico: pero lo que sucede muchas veces es que se efectúan varios coitos desde varios días antes de la aparición del chanero, y no sabemos á cual impugnar la causa de la infección.

Entonces hay pues que *examinar* el chanero detenidamente y esto nos enseña dice el Dr. Sommer *la poca importancia de investigar antecedentes del paciente* y basarnos para diagnosticar solamente de lo que nosotros vemos.

Ya dijimos que al examinar un chanero lo primero que vemos es *la erosión chancrosa*, erosión que hay que saberla diagnosticar de una *erosión mecánica* que puede simularla ó *de una erosión herpética*, que puede confundirla.

El *Herpes Genital*, se reconoce de las demás afecciones similares por *el Signo de Leloir*. En efecto, en el herpes existe una agrupación de vesículas inflamatorias, en las que unas se rompen y otras no, dejando costras exudantes, pero el grupo tiene ya un contorno irregular que

lo diferencia de la erosión chancrosa que es regular, pero el contorno herpético puede por la aplicación de ciertas sustancias, irritarse, y dar una areola regular inflamatoria que en este caso simularía perfectamente al chanero. Es en este caso que se usará para el diagnóstico diferencial del Signo de Leloir, por el cual, si se toma al grupo de herpes y se exprime exuda un líquido que secado con un algodón y vuelto á comprimir vuelve á exudar, se seca y despues se comprime y vuelve á exudar y así sucesivamente: pero aplicado este medio de diagnóstico en el chanero sifilitico, resulta que aquí debido á la endarteritis obliterante sifilitica, la compresión no da salida á ningún exudado, todo lo contrario del herpes genital, del cual sale toda vez que uno quiere.

El otro signo del chanero que hay que reconocer despues de la erosión es la induración, induración que á veces es difícil de reconocer para un novicio en la especialidad, de allí la importancia del ejercicio de la palpación, pues un *chanero laminar* no lo reconoce uno que no palpa con frecuencia.

Otras veces á propósito de la induración, hay que distinguir un chanero duro ó chanero sifilitico del blando, confusión que es más fácil sobre todo si se trata de un chanero sifilitico ulceroso.

Aquí la presencia del Strepto-bacilo de Ducrey- Unna del chanero blando y la observación al microscopio de las fibras elásticas, debidas á que en el chanero blando, el proceso ulceroso ataca al der-

mis mientras que en el sifilítico, el proceso de destrucción es solo epidérmico.

El color además lo distingue. Si por desgracia no se puede basar en ningún signo debemos ver al satélite del chanero que es el Infarto ganglionar que si por una rareza no se percibe, debemos esperar á *los síntomas de Infección General*, que no nos engañarán nunca. Si se nos presenta un individuo con roseolas ya, investiguemos al chanero primero para evitar errores de diagnóstico. El infarto ganglionar se realiza siempre en los ganglios más vecinos al chanero.

Chanero Blando

Está hoy día probado que al lado del Chanero Sifilítico existe otra especie de ulceración, también transmisible por las aproximaciones sexuales, es lo que llamamos *Chanero Blando* ó lo que se llama también *Úlcera Venérea*.

El Chanero Blando ha sido estudiado en su etiología por diversos autores, habiendo cada uno de ellos, descubierto un microbio diferente. Pero *Dubreill* ha demostrado que el *verdadero* productor del Chanero Blando es el *Strepto-Bacilo* de *Ducrey-Unna*, que vive en el interior de las células flegmáticas, como el gonococo.

El Chanero Blando tiene una evolución diferente del Chanero Duro.

Si se hacen inoculaciones de pus de un Chanero Blando, y se protege la inoculación de las

influencias sépticas exteriores á las 24 horas aparece una *matucha rojiza* que se hace *papulosa* y despues *se necrosa*, destruyendo el dermis y deja una *ulceración de bordes irregulares* con una *areóla rojiza* alrededor, lo que demuestra que se trata de una lesión inflamatoria aguda, distinta por lo tanto de la lesión sífilítica inicial que es aflegmásica y los bordes de la erosión son cortados en pico.

La ulceración del Chancro Blando está cubierta de una escara grisácea.

La ulceración del chancro se extiende en superficie y toma una forma redonda ó alargada. Despues al cabo de 3 ó 4 semanas aparecen en las partes periféricas de la úlcera, botones carnosos, lo que indica que va comenzando la cicatrización.

Estos botones carnosos organizándose darán lugar á la formación de tejido conjuntivo que formará una cicatriz grisácea, signo revelador de una lesión profunda y supurada.

Esta es la evolución común del Chancro Blando.

El chancro blando puede como el sífilítico ser único ó múltiple, pero en el blando la multiplicidad es más común que en el duro que es generalmente único.

Otra característica importante del chancro blando es la de ser auto-inoculable y los chancros experimentales se han producido hasta el infinito y un experimentador practicó en un mismo animal hasta 2000 inoculaciones, las que le dieron otros tantos chancros.

Una forma especial del chanero blando es el *fagedénismo*, que era más común sobre todo antes de la éra listeriana, presentándose una destrucción invasora rápida y que es mayor en extensión que en profundidad.

El chanero fagedénico puede presentarse bajo diferentes formas, la más frecuente es aquella que la ulceración avanza por todos lados, pero hay una en forma que la destrucción, avanza solamente por un lado, es *el chanero fagedénico serpiginoso* que puede ser *verdadero* ó *falso*: el verdadero es aquel que ya explicamos y el *chanero fagedénico serpiginoso falso*, puede simular al verdadero, porque debido á la posición especial del chanero, el pus chaneroso se colecta en el borde más declive, lo infesta y ulcera no porque así actuaría la toxina como pasa en el verdadero, sino porque por el declive el pus infectante está obligado á ulcerar al borde y á simular un chanero fagedénico serpiginoso verdadero, siendo sin embargo como se vé bien falso.

Infarto ganglionar.—Pero lo que importa en el chanero blando no es solo la ulceración chanerosa, sino el infarto ganglionar que se produce á consecuencia de una *adenitis aguda* y no una adenitis aflegmásica como lo es la del chanero duro: principia con la inflamación de un ganglio, que principia por ser doloroso, se tumefacta, en pocos días se hace más y más doloroso y aparece el signo de la fluctuación, esta fluctuación aparece en los tejidos interganglionares, la fluctuación del ganglio mismo es difícil de palpar, es de evolución lenta y poco á poco la fluctua-

ción del absceso del tejido celular se comunica con la fluctuación del ganglio inflamado, despues ataca á varios ganglios, la inflamación se vá extendiendo, se adhiere la piel supra-adyacente que se adelgaza y se abre así espontáneamente, y deja derramar un líquido purulento, espeso, amarillento y completamente distinto á los líquidos segregados de los pocos ganglios sífilíticos que supuran, que dan más bien un sero-pus.

Se han hecho experiencias diferentes tendentes á demostrar si el pus del bubón chaneroso blando era inoculable. Y se llegó á esta conclusión en que: 1º *En los primeros días de la aparición del pus, este no es inoculable;* 2º *Pero que más tarde el pus se hace inoculable.* Ahora que conocemos *el gérmen específico* del chanero blando, e investigado el por qué esto sucede se llegó á saber que el microbio habita de preferencia en las paredes del *Absceso Inguinal*, y de allí que el pus central que es el primero en salir, es el que no es inoculable, por no tener el bacilo, mientras que el pus parietal que es el microbiano, va haciéndose central más tarde y de allí que al salir es inoculable, lo que pasa despues.

No todo bubón chaneroso, consecutivo á un chanero, da siempre un pus chaneroso, pues el estrepto-bacilo de Ducrey-Unna puede ser reemplazado despues por el estafilococo sobre todo, cuando la antisepsia falta.

Si nosotros abandonamos un bubón que aparece, á la expectación, veremos que á medida que crece, la piel se adelgaza y despues se abre necrosándose totalmente, invadiendo la des-

trucción en extensión y en profundidad — y no solo ataca á los ganglios, sino tambien á los músculos y vasos adyacentes aunque con rareza. *Este fagedenismo del bubón* puede ser tal que todo eso simula una disección más bien que una destrucción, como el caso que describió Kaposi.

Pero nos preguntamos ¿si siempre un chanero blando da un bubón fagedénico ó en que circunstancia se produce?

No lo sabemos bien, pero experiencias que se han hecho inoculando pus de un chanero fagedénico no ha dado lugar siempre á un chanero fagedénico: pero dice el Dr. Sommer si bien á los primeros días no aparecía el fagedenismo al fin aparecía, todo era cuestión de tiempo. Esto lo explican unos diciendo que hay terrenos más predispuestos que otros para el fagedenismo del chanero, pero dice el Dr. Sommer que el hecho de que en los inoculados solo muy tarde aparecía el fagedenismo, hay también que agregar á las predisposiciones del terreno, las asociaciones microbianas que se complican despues.

La aparición del bubón supurado es más frecuente en los chaneros blandos radicados en el hombre que los de la mujer. Vamos á explicar porque sucede esto.

Aubert ha demostrado que si sometemos el pus chaneroso á la temp. de 40°, ese pus ya no es inoculable. Si en cambio la sometemos á 38° ó 39°, la virulencia del pus queda estacionaria — y las inoculaciones más difícil, que con el pus normal.

Unos dicen que el bubón no es tan facil que

se produzca en la mujer, porque aquí, como en general se desarrolla en la mucosa de los grandes labios, está continuamente macerado por los flujos vaginales, é impide que el pus se coagifique, y que los microbios sub-adyacentes pululen é invadan á los linfáticos determinando al bubón. Si bien esto parece justificar á la opinión de esos autores, diremos que en el hombre, el primer pus chancroso no es virulento y sin embargo allí no hay maceración ¿cómo explicar eso entonces?

El Dr. Sommer cree que eso es debido á la temperatura más elevada del aparato genital femenino que produce una atenuación de la virulencia de los bacilos del chanero y de modo que al ser estos eliminados ó absorbidos no puedan dar ya las linfangitis y adenitis chancrosas. Es también debido á la misma razón, el por qué el primer pus del bubón chancroso no es virulento, pues debido al calor inflamatorio los primeros bacilos que están en el centro, son también los que sucumben primero y es de allí que ese primer pus no es inoculable, mientras que en la pared del absceso donde no hay tanto calor allí, también los microbios son muy virulentos y por esta razón ese pus es inoculable.

Esto es lo que nos haría creer que solo en la periferia del absceso están los bacilos.

Bubónulos. — Llamamos bubónulos á una serie de absesos que se desarrollan en el dorso del pene, por inflamación purulenta de los vasos linfáticos. Estos absesos á veces se reabsorben de por sí, ó bien interviene el cirujano, abriéndolos, desinfect-

tándolos y entonces se cicatriza fácilmente. Es raro.

Sabiendo que un chancre blando es una ulceración que ataca al dermis, que se origina por un bacilo específico, el de Ducrey-Unna, si hay fibras elásticas en el producto de la supuración, bastan estos síntomas para diferenciarlo del Chancre Sifilítico.

Después si el bubón es de evolución rápida, si es inflamatorio y doloroso, no es sifilítico.

Sabemos además que la *Adenitis Sifilítica Inguinal* ó *Plégade de Ricord*, son infartos ganglionares, aislables unos de otros, es decir que los islotes de tejido celular interganglionar están sanos, los ganglios como son aflegmáticos son indoloros, y la piel se desliza sobre ellos con facilidad. Mientras que todos los caracteres inversos son para el bubón del chancre blando.

Tratamiento. Ya hicimos notar la influencia nociva de las altas temperaturas en el desarrollo del chancre, de allí que se haya empleado el calor en el tratamiento de los mismos desde la ignipuntura hasta la simple aproximación de un galvano-cauterio en el cual se aprovecha el calor que irradia de tal fuente térmica.

Pero nosotros los médicos no vamos á recomendar que se aproxime al chancre un fierro candente si no tiene el enfermo galvano-cauterio, no lo vamos á hacer venir al consultorio 4 ó 5 veces por día, para aproximar el termo ó galvano-cauterio, pero sí recetaremos *el calor y la antisépsia*.

Para utilizar *al calor* le indicaremos que introduzca su pene en una taza que tenga agua

tan caliente como puede resistir, es el modo más práctico y bueno de usar al calor.

Después, *la antisépsia*, se practica por la administración de sustancias químicas antisépticas que son numerosas.

Ante todo sabemos que en dermatología, cuando se nos presenta un enfermo con úlcera cubierta de una costra y con una areola inflamatoria en su derredor, pensaremos siempre que debajo de esa costra están los gérmenes patógenos que están con el pus, que no sale porque la costra tapa la salida y que de ese modo la úlcera avanza.

Lo mismo sucede con el chanero blando, en el cual si desde un principio se impide la formación de la costra, los microbios no pueden avanzar en su acción y se podrá en una mayoría de los casos impedir la formación del bubón chaneroso. De allí que basándonos en este principio general debemos rechazar *las sustancias pulverulentas* por más antisépticas que sean, y no dar así como algunos dan *polvos de calomel*, que producen costras y por consiguiente originan el bubón. Pero si en cambio recetamos *soluciones antisépticas*, éstas maceran constantemente á la úlcera, la costra no se forma y el bubón tampoco, pero esta maceración tiene su límite.

La aplicación de pomadas en los chancros no debe recetarse, porque si bien impide la formación de la costra, el incipiente de la pomada es un cultivo fértil para los microbios patógenos.

Hacemos sin embargo excepción á dos polvos antisépticos: el alcanfor y el yodoformo.

El alcanfor es uno de los únicos polvos que unido á su acción antiséptica tiene la propiedad de impedir la formación de costras, de allí que el Dr. Sommer lo receta mucho.

El yodoformo es un muy buen antiséptico y un excelente corioplástico, de modo que en esta ulceración dérmica viene muy bien por sus propiedades, pero se inclina más que el alcanfor en producir costras. Si usamos el yodoformo dice el Dr. Sommer acordémosnos de decirle al enfermo que ensucie un dedo con yodoformo y se lo envuelva con una gaza, *para hacer creer al vulgo que es ese el dedo que está enfermo y ; nó ! el otro!!*

Otro consejo que da *nuestro profesor el Dr. Sommer*, es que cuando vemos que el chancre *está cicatrizando*, que el fondo está cubierto de un tejido de granulación rojizo, debemos suspender todo lavage ó aplicación de polvos que ejecutados con frecuencia, no dejan cicatrizar bien desde que destruyen cada vez lo que se está regenerando, de allí que se aconseja usar un poco de gaza con algodón seco, arriba de la úlcera.

Es explicando lo que antecede, que comprendemos ahora cómo sostenían algunos que la maceración que determina los flujos genitales de la mujer era la causa de por qué no se aparecía el bubón en ella con frecuencia, pero volvemos á insistir, que si bien es explicable que la maceración obre determinando la no aparición de costras y disminuyendo así la inflamación purulenta invasora, no es solo á ella la que debemos atribuir la no aparición del bubón sino también la

elevada temperatura, que mata á los microbios «in situ».

El *Dr. Sommer*, aconseja ejercer una compresión permanente sobre la región inguinal para impedir la aparición del bubón, una vez aparecido el chanero blando. Esta compresión se ejercía por la aplicación en esa región de una placa de plomo, que envuelta en algodón, se la vendaba al rededor de la cintura; pero dice que no es á la compresión que se impide la aparición del bubón, sino al calor local que obra sobre los microbios que podrían ser llevados del chanero y les impide así obrar, de allí que él aconseje eliminar á la placa de Plomo y sustituirla por placas de algodón que aumentarían la temperatura é impedirían mejor la aparición del bubón.

Pero si lo que es más frecuentemente se nos presenta el enfermo con el bubón ya formado, ¿debemos ó no abrirlo? Natural hay que abrir y no esperar á que se abra espontáneamente, debe aquí como en cualquier otra lesión piogénica parecida aplicar con prontitud aquel principio de Hipócrates: *ubi pus, ibi evacua*. Ahora la cuestión se presenta en el como debemos abrir.

Unos aconsejan incisiones amplias y otros por el contrario les basta una simple punción por donde sacar el pus por absorción, é inyectan después á su vez los lavages antisépticos. El doctor Sommer dice que lo mejor es hacer una pequeña incisión por donde saldrá todo el pus, se lavará después el absceso, con una solución antiséptica y modificadora si se puede, lo mejor es la de nitrato de plata al medio por

ciento. Pero esto no basta porque cada día tendríamos un nuevo absceso que vaciar.

Es menester en seguida que se ha abierto el absceso, eliminado el pus, y curada su superficie, hacer uso de *las cataplasmas antisépticas*, tomando un algodón empapado de cualquier solución antiséptica caliente, la mejor es de ácido fénico, y en seguida aplicar una tela de gutaperca para impedir la pérdida de calor, y con eso se apresura su cicatrización.

Si se *tratara de chancro sífilítico*, cualquier solución ligeramente antiséptica es buena, los polvos de alcanfor también. Pero ahora se presenta una *cuestión dice el Dr. Sommer* y es aquella por la cual, basándonos en que el chancro es la lesión de entrada de la sífilis, nos preguntamos si eliminado por extirpación quirúrgica al chancro, ¿no habríamos así evitado la sífilis?

Parece que siguiendo así se ha logrado en algunos casos abortar la infección.

En el Congreso de Sifilografía de 1884, Sommer ha visto un caso que expuso Pick, el cual un cierto señor que venía de un viaje después de haberse casado, se le presenta con los prodromos de un chancro sífilítico. Pick se lo extirpa al bisturí, y el señor no presentó más tarde, ninguna manifestación sífilítica. A la mujer le apareció en la vulva una lesión semejante, á los pocos días de la del marido que no se le extirpó y que probó después de haberse generalizado la sífilis en la mujer, cuyo marido se salvó del mismo contagio, mediante la extirpación quirúrgica y prematura del chancro idénticamente sífilítico.

Muchos autores no creen en esto, pero hay casos verídicos, que el mismo Sommer ha comprobado, de allí que él aconseja, que todo *chancre del prepucio* si no tiene aún su *bubón*, se extirpe al bisturí, pues algunos casos serán salvos y ningún accidente hay que temer. Algunos aconsejan el gálvano-cauterio, pero mejor es el bisturí.

Natural que si el chancre tiene ya su *bubón*, ya la sífilis está generalizada y sería inútil *la intervención quirúrgica*.

Sífilis secundarias

El periodo secundario aparece casi siempre al mes de la infección sífilítica y dura varios años y varía según el tratamiento. Este segundo periodo está caracterizado por *las manifestaciones objetivas exantemáticas* de las sífilis llamadas *sífilides*, las cuales son los primeros síntomas seguros de la sífilis, siendo precedidas estas sífilides por *síntomas generales que son subjetivos*.

Síntomas generales subjetivos

Así un enfermo que ha tenido un chancre indurado, á los dos meses de la infección, aunque esto no es fatal, aparecen *fenómenos dolorosos*, que aumentan al oscurecer y por la noche desapareciendo al amanecer: estos enfermos tienen una cefalea especial, y dicen que les duele el

pelo y cuando tienen esta cefalea si se tocan y tiran el pelo, la cefalea aumenta: este aumento se verifica también con el reposo en el lecho, por la misma razón.

Los fenómenos dolorosos de la sífilis, se exacerban á la noche y se hacen difusos por todo el cuerpo, parecido á lo que pasa en la *influenza*, doliéndole al mismo tiempo las extremidades, las raíces dentarias, la cabeza, tiene además anorexia, un malestar general constante, buscan el reposo, se fatigan fácilmente, tienen además neuralgias y aún parálisis localizadas, como la parálisis del facial; otras veces alteraciones digestivas, bulimia, perversión del apetito, diarrea, ictericia, etc., y es frecuente que un sífilítico cuyo chancre no ha aperecido diga que ha tenido una especie de *influenza*, pues son tan parecidos sus síntomas generales.

Al iniciarse la sífilis, el enfermo se pone muy pálido y enflaquece, sus glóbulos rojos disminuyen, dando una anemia sífilítica, puede haber hemoglobinuria muy intensa en el segundo período, la orina es pues de color rojo debido á la disolución de glóbulos rojos: hay fiebre, chuco, el sujeto siente frío en los talones hay destrucción de glóbulos blancos, hay una verdadera *cloro-anemia* que no siempre se observa, es lo que *Fournier* ha llamado *astenia sífilítica* y que nosotros denominamos con más propiedad *neurastenia*; el enfermo siente un malestar general, tiene el aspecto de un individuo cansado, y anémico y esto sucede con más frecuencia en la mujer, en la cual la sífilis es más intensa porque

despierta la tara de su sistema nervioso que está más predispuesto: así tiene mareos, hormigueos, sensación de peso en la cabeza, y cae en un estado de depresión nerviosa, de una verdadera histeria que pone en mucha duda al médico respecto de esta neurosis de etiología tan ignota, muchas veces más por falta de buena observación clínica que de ignorancia patológica.

Otras alteraciones nerviosas, son las gastralgias sin causas aparentes, que se producen en cualquier momento, haya ó no ingerido el enfermo los alimentos, lo que demuestra que no es una enfermedad del estómago sino que es una alteración nerviosa, hay timpanismo marcado, eructos y grandes desprendimientos gaseosos por el ano, palpitaciones y en algunos casos verdaderas neuralgias: en los jóvenes estos síntomas nerviosos son más frecuentes, pero preponderan sobre todo en la mujer por su gran impresionabilidad nerviosa, puede haber fiebre elevada y por eso puede confundirse sobre todo si hay sífilides pustulosas, con la viruela. Todos estos síntomas son subjetivos, es decir son sentidos y sugeridos por el mismo enfermo, y no son fatales, pues pueden faltar y variar según la tara del individuo.

Síntomas objetivos. Las sífilides

Las sífilides, constituyen una lesión de la piel ó de las mucosas y son los síntomas objeti-

vos más constantes de la sífilis, pues los síntomas subjetivos ya dijimos que pueden faltar y tienen caracteres especiales que las diferencian de las otras enfermedades de la piel. No vienen nunca acompañadas de fiebre y sólo existe en casos excepcionales, estando la fiebre entonces ligada á otras clases de alteraciones: su existencia no tiene relación con las erupciones sífilíticas dependientes de otras alteraciones, y su evolución no sigue estas erupciones, de modo que las sífilides son apiréticas y aflegmásticas, no tienen ninguna zona inflamatoria rojiza periférica. Se trata de una lesión neoplásica, que cuando se ulcera, puede alojar bacterios patógenos y producir así lesiones inflamatorias.

Pero esto es raro porque la costra que se forma sobre la úlcera impide la entrada de dichos gérmenes patógenos y las lesiones consecutivas.

Las sífilides son apruriginosas, no tienen pruritos, esto es importante y sirve para distinguir las de otras enfermedades: sin embargo á veces hay prurito, y entonces depende de localizaciones especiales, como suceden en los puntos donde rozan dos superficies que están constantemente en contacto y el sudor que allí se produce no se puede evaporar, como vgr., en los condilomas del ano, del axila, y debajo de las mamas y bolsas, más aún si es una persona gruesa que suda mucho, lo mismo se puede ver el prurito en las regiones pilares, de la barba y del cuero cabelludo, etc.: este prurito se puede observar en el tronco cuando existen sífilides psoricoiformes, en

las personas débiles y en los alcoholistas: pero en general, las sífilides son apruniginosas.

Existen otros síntomas generales que son anatómicos. Las sífilides son eflorescencias esencialmente constituídas por la infiltración de los alrededores y del interior de los vasos y del tejido celular que los rodea, en una palabra es una verdadera *esclerosis sífilítica*, esclerosis que tiene la particularidad de no transformarse en tejido conjuntivo, mientras que las infiltraciones de otras enfermedades se transforman, pero en las sífilides tienen la tendencia natural á reabsorberse ya total ó parcialmente: si esto último sucede, lo que queda se necrosa y se ulcera.

Las sífilides tienen su infiltración más pronunciada en la periferia, infiltración que va aumentando del centro á la periferia, por eso es que también en la periferia la coloración es mayor y allí también donde la induración es mayor, porque la infiltración se localiza allí.

El color de las sífilides según Falopio era de un color jamón, pero no siempre tiene este color pues cuando la sífilide es vieja, la reabsorción de los exudados aumenta y la coloración por lo tanto disminuye tomando un tinte más bien rojizo cobre y así una papula de 15 días á un mes toma el color y el brillo de una batería de cocina, es decir, el color llamado cobrizo de Subis y Biause, que en las extremidades inferiores aumentan más de matiz por la éstasis de la circulación venosa de esos miembros, y más especialmente en los que tienen várices de los miembros.

Las sífilides tienen tendencias á adoptar una

forma circular, pero la tendencia á ser redonda, no es propiedad exclusiva de las sifilides, sino de casi todas las eflorescencias en Dermatología las que tienden á ser redondas.

Las sifilides se agrupan formando líneas orbiculares, cuando son círculos completos, ó bien en semi-círculos ó media luna, en arco de círculos y por varios arcos reunidos se obtienen las líneas serpiginosas, otras veces se reúnen en círculos concéntricos, en forma de ocho de cifras, en forma de riñón, y en fin en líneas irregulares.

Las sifilides en general no tienen localizaciones especiales, como ciertas enfermedades de la piel, *su distribución es pues anárquica*. Sin embargo en *las sifilides de la mano se sitúan siempre en la palma nunca en el dorso de la mano*.

Se ven aparecer con predilección en los puntos en que hay una irritación constante, y así se ve como en los sifilíticos, que se han puesto algún parche ó caústico, aún pinceladas de yodo allí donde se ha producido la irritación caústica, allí se verá producir con seguridad las sifilides. Lo mismo la irritación determinada por el sudor que no puede evaporarse ó de la sustancia sebácea que por la seborrea se irrita, acarrea la aparición de sifilides en el lugar irritado, así' es como se ven, en las nalgas, en las axilas, en el ano, en la bolsa y sus regiones inguinales, en la nariz y en el cuero cabelludo, etc.

Antes era frecuente observar lo que se llamaba *la corona de Venus*, que se localizaba en la frente y que era producida por la forma del peinado en onda extensa que reposaba sobre la frente

é irritaba así á esta región, acarreando la aparición de las sifilides.

Sin embargo hoy se las observa en los individuos que tienen el sombrero puesto todo el día como en los cocheros, carteros, mayorales, etc., sobre todo en los que usan los sombreros con esencias perfumadas que irritan á la frente, como sucede con los sombreros de tafilete de piel de Rusia.

Las sifilides tienen una evolución lenta, sin reacción febril, lo contrario de las fiebres exantemáticas que son hipertérmicas y de rápida evolución.

Las sifilides pueden lentamente dar lugar por exudaciones desecadas, á escamas secas que se colocan sobre las sifilides papulosas é indican que esta eflorescencia está en involución, á medida que la pápula se achica las escamas ó las costras aumentan en extensión, siendo muy adherentes, no desprendiéndose con facilidad como sucede en *la psoriasis*, no dejando una hemorragia punti-forme cuando se las desprende con la uña, y es debido á esta íntima adherencia, que en los sifilíticos con estas sifilides papulo-escamosas ó costras, no se ve entre las sábanas de sus camas ninguna escama desprendida.

La edad de la sifilides, se conoce por su superficialidad y su distribución. Es así que las sifilides secundarias son superficiales y las sifilides terciarias son profundas; en ambas pueden existir ulceraciones, pero las ulceraciones de la sifilide secundaria son superficiales y las de la sifilide terciarias son profundas; además la ulceración se-

cundaria se hace de afuera adentro, mientras que la terciaria es de adentro afuera. La distribución indica también la edad de las sífilides, así si se trata de una erupción reciente á la infección como á los 2 meses de la aparición del chancre, tendremos las sífilides irregularmente esparcidas, de un modo confluyente por el tronco, partes laterales, y por los miembros: estas son las sífilides recientes y confluentes. Pero cuando las sífilides son antiguas, la distribución no es confluyente, sino discreta formando líneas geométricas, círculos, semi-círculos, arcos, líneas serpiginosas, etc., y se localizan en uno ó dos puntos: siempre que haya sífilides ulcerosas profundas, la infección data de varios años atrás.

Clasificación de las Sífilides

Las manifestaciones exantemáticas de la generalización de la Infección Sifilítica, han sido clasificadas por los diversos autores, de muy diversas maneras, siendo algunas divisiones tan vastas y tan extensas que hacen su estudio difícil y confuso.

La mejor clasificación es aquella que, empezando por pequeños grupos, los subdivide á su vez en otras ramas y ésta á su vez en otras más, pero de un modo fácil y racional, condición indispensable en toda taxonomía.

Nuestra clasificación las divide en:

I. Sífilides maculosas.

II. Sifilides papulosas. Incluyendo en este grupo, las *sifilides papulosas* que otros autores forman con ellas otro grupo.

III. Sifilides ulcerosas superficiales. para distinguirlas de las ulceraciones profundas de la sífilis terciaria.

IV. Sifilide Pigmentaria ó Leucoderma sifilítico. el nombre de leucoderma es el verdadero: á pesar de lo que sostiene Fournier, pues como lo veremos despues, lo patológico es lo blanco y no lo pigmentado.

V. Sifilides terciaras ó goma sifilítico. que son tumores que se ulceran profundamente pero pertenecientes de la Sífilis terciara.

I. Sifilide Maculosa ó eritematosa ó Roseola sifilítica

Esta sifilide como su nombre lo indica, está constituida por una mácula ó mancha ó por un eritema que por ser localizado se lo ha llamado *roseola sifilítica*.

Cómo son máculas, tienen todos los caracteres de ellas: prima la coloración sobre la elevación que es mínima, y debido á ésto es, que estas sifilides maculosas, se apartan de las demás, por no poderse palpar el signo de *la induración*.

A las 6 ó 8 semanas despues de la aparición del chancro, aparece la primer Roseola ó *la Roseola Confluente*, llamada así, porque principia

por los dos lados del tronco, invade luego al abdomen y á los lados de flexión de los miembros, sobre todo de los superiores.

En los demás lados es raro que se presenten aunque se las ve en el cuello, frente, palma de las manos y aún en las plantas de los piés, pero aquí es mucho más raro porque hay mucha capa de epitelio protector. Sin embargo, debemos hacer constar que si bien las roseolas sifilíticas pueden aparecer en la palma de la mano, nunca aparecen en el dorso.

Al estudiar estas manchas, vemos su localización, su distribución y forma. Así las roseolas primeras ó roseolas confluentes, aparecen en el tronco pero *nunca* en la *región externa*. Estas manchas son de formas distintas según el punto donde se les mira, y así en la parte anterior son circulares, y en las partes laterales del tronco son de una forma ovalar más bien alargada, y esto es debido á la disposición especial del tejido conjuntivo de la piel, que tracciona al epitelio.

De coloración rosada al principio, las manchas no aparecen de golpe, como en las enfermedades infecciosas exantemáticas, sarampión, escarlatina, etc., que aparecen en 1 ó 2 días, mientras que en la sífilis el tiempo es mucho más prolongado.

Estas manchas son hiperhémicas, y *aparecen ó desaparecen* por la *presión* ejercida por el *dedo*.

Después se hacen más *oscuras* y vemos que si ha pasado algún tiempo de existencia, así como 15 días ó un mes, esas manchas dejan de ser

rosadas adquiriendo color café con leche claro, y además que, comprimiéndolas con el dedo, no desaparecen, y entonces la mancha ya no es hiperhémica, sino que por la existencia de exudados sanguíneos viejos, ha dejado una pigmentación por las transformaciones de la hemósiderina de la sangre.

Si tomáramos á un individuo sano, y con uno de nuestros dedos lo mojáramos en una solución de tintura de yodo extendida en alcohol, y salpicáramos con esta pulpa digital todo el tronco obtendríamos una piel con una cantidad de manchas que simulan muy bien, á la roseola sífilítica vieja, es decir pigmentada.

No es fatal que á las 6, 8, 10 semanas de la aparición del chanero, aparezcan las roseolas sífilíticas, pues la aparición de ésta se atrasa y cuando despues del chanero se instituye *el tratamiento antisifilítico* enseguida sin esperar á los síntomas generales, la aparición de la roseola es muy retardada: esto es malo porque se aleja el tiempo de saber seguro si es ó no sífilis, de allí que no se debe tratar al sífilítico, sino despues de aparecer la roseola, y estar así seguro del diagnóstico.

Con la erupción de las Sifilides Maculosas, acompaña *la aparición de pápulas con costras*, del cuero cabelludo y el *Dr. Sommer* dice que los folículos pilo-sebáceos, bajo la influencia del virus sífilítico, se lesionan y en vez de dar una mácula, dan una pápula que despues supura y da esa costrita: constituyendo lo que algunos denominan *Acné Sifilítico*.

La roseola recidival, se presenta á las 6, 8, 10 meses despues de la infección. Estas nuevas roseolas, tienen caracteres propios y diferenciales. Ya dijimos que toda sífilide *cuanto más próxima* está de la *infección* es de agrupación confluyente: más tarde *es discreta*, y las más viejas se presentan *en grupos aislados*.

La distribución de la roseola primaria ó confluyente, es anárquica é irregular, pero la *roseola recidival*, se agrupa en líneas, surcos, círculos y además que cada roseola en general es mucho más grande, y á veces el doble del tamaño de la roseola inicial: es de forma irregular, es menos perceptible, desde que es menos hiperhémica, y cuando vemos á una roseola con tales caracteres, podemos asegurar que es de 8 meses ó perteneciente al primer año de la infección.

Hay *otra roseola recidival*, es la *roseola circinada* en que los elementos maculosos se disponen en círculos ó en óvalos en las paredes laterales del tronco: es á veces debido á la confluencia de mácula y mácula, y á veces está constituida por una mácula grande cuyo centro es sano. Es también esta forma de roseola recidival del primer ó segundo año de la infección, y siempre de casos tratados ya. Las sífilides se hacen cada vez más profundas.

Existe otra roseola especial: la *roseola pálida*, de coloración menos intensa.

Otra variedad es la *roseola nummular*, es decir del tamaño de una moneda.

Hay también la llamada *roseola piqueteada*, que es una mácula rosada que contiene 4 ó 5

papulitas rojas, que pertenecen á los folículos pilo-cebáceos, cuyas arterias han sufrido la lesión sífilítica específica.

Esta roseola se vé más frecuentemente en la piel de las personas que tiene poca tendencia á la descamación, que adolecen del liquen pilar: sobre todo en los codos, y cuya piel no es lisa como la de los que tienen roseolas confluentes.

En los hombres, la aparición de la roseola piqueteada, es de mayor frecuencia que en la mujer.

La roseola. ¿tiene síntomas subjetivos? No, no tienen síntomas subjetivos, tal es así que á veces pasa todo desapercibido, y si las perciben creen que son debidas al calor, etc., etc.

Al enfermo pues, estas sífilides no le pican, no tienen prurito y no hay descamación y si acuden al médico es porque tienen fiebre, cefalalgia, dolores de cintura, anorexia y otros síntomas de la infección generalizada, que al enfermo son los que le interesa y las sífilides como ya dijimos las pasan desapercibidas.

Diagnóstico diferencial. Tenemos que diferenciar las sífilides maculosas de:

1º *Cutis marmóreo.* — Cuando el enfermo está desnudo la impresión del frío acarrea por vía refleja, la aparición de vetas azuladas, de congestión y anemia. Pero la confusión no es posible por el color y la presión y forma.

Sucede que en un sífilítico desnudo, la impresión del frío hace resaltar más las sífilides maculosas, de tal manera que se puede anticipar su aparición varios días antes de su manifestación.

2º *Pitiriasis versicolor*. Las manchas son escamosas irregulares, con su hongo generador el *Microsporum furfur*, además su distribución no es la sífilítica, ni existen manchas circulares, pero lo que trunca el diagnóstico es *el golpe de uña*, que levanta la mácula escamosa de la pitiriasis.

3º *Pitiriasis rosada de Gibert ó herpes tonsurante maculoso de Kaposi*. — Es una afección que se presenta en general sobre el tronco como placas *redondeadas* descamativas en cuya perifería existe una areola de vesículas pequeñas que Kaposi la denominó herpes. Es muy fácil confundirla con la sífilides eritematosas tanto que Fournier cita un caso en que la confusión la hizo un jefe de Dermatología.

Pero sin embargo en el herpes tonsurans existe *la placa madre* que es mucho más grande que las demás y acompañada de prurito que no tienen las sífilides.

4º *Roseolas infecciosa tifoideas*. Existen otros síntomas que la diferencian, fiebre alta, y la aparición de muchas manchas en pocos días, como todas las exantemas de las fiebres infecciosas. Es especialmente en la fiebre tifoidea que las roseolas-petequias del tronco y del abdomen podrían inducir en un error, pero la hipertermia de una semana y media anterior, el bazo muy aumentado de volumen, la forma de la fiebre continua y los demás síntomas, tifóideos, la suero-reacción de Widal, etc., son elementos suficientes para el buen clínico para no confundirla con la roseola sífilítica.

A pesar de todo se presta á confusiones y

tal es así que *Lutzgarten* jefe de clínica de *Kaposi*, confundió un exantema tifóideo con sífilides maculosas en un individuo que por tener un chanero sífilítico, se enfermó de fiebre tifóidea, lo que ocasionó el error.

5º *Manchas petequiales*, por picaduras de pediculis son más difícil confundirlas.

6º *Eritema polimorfo*, no es posible confundirlo tampoco, pues tiene localizaciones especiales, extremidad cefálica, miembros superiores é inferiores, pero nunca ataca al tronco.

7º *Roseola copáibica*. — Se observaban sobre todo antes, cuando se usaba este medicamento contra las blenorragias.

8º *Roseolas antipirínicas*. — Hay ciertos individuos en los que basta el uso de un poco de antipirina para que su piel se llene de manchas y ampollas. Son los antecedentes que encaminan al diagnóstico.

Roseola urticada sífilítica. — Es una forma muy rara de roseola sífilítica que se manifiesta como su nombre lo indica como máculas levantadas en igual en toda su extensión pareciéndose á las ronchas de la urticaria verdadera, de la cual se distingue perfectamente, por el prurito y por su corta duración como pasa en la urticaria verdadera.

Marcha de las roseolas. — La roseola en general puede desaparecer espontáneamente, sin tratamiento específico alguno, y así vemos que sin tratarlas al cabo de 1 ó 2 meses, desaparece de por sí, pero como es natural, de este modo tarda mucho más tiempo en desaparecer que si se impusiese un tratamiento específico.

Y así se explica como en algunos individuos que tienen chanero aparecen y desaparecen las roseolas sin darse cuenta, desde que las roseolas no tienen ningún síntoma subjetivo alguno, y solo aparecen al médico cuando sienten otros síntomas más molestos y no saben decir si han tenido manchas en su cuerpo y dificultan al diagnóstico.

Es de allí que, aparecido el chanero en un enfermo le debemos recomendar que se fije todas las mañanas al levantarse, desnudo y en plena luz tratando ver algunas manchas en su cuerpo: á pesar de esta advertencia es bueno que se le indique al enfermo que vuelva á visitar á su médico al cabo de cierto tiempo para inspeccionarlo *de visu*.

Pronóstico. — Es benigno desde que se vãn de por sí sin tratamiento alguno: respecto al tratamiento más tarde hablaremos á ese respecto.

II. Sifilides papulosas

Es aquella forma de sifilide que más frecuentemente se vé y se notan en cualquier momento de la aparición de las exantemas secundarias de la sífilis: es así que frecuentemente al salir las roseolas, suelen aparecer unas pápulas, más adelante vemos pápulas confluentes, en grupos, etc., y que recidivan muy frecuentemente. Muchas de las sifilides que aparecen como papulosas se transforman después en pustulosas y en ulcerosas. Es

por eso que se debe naturalmente llamar *sifilide papulosa*, á aquellas pápulas que siempre quedan al estado de pápulas. Y estas pápulas como la pápula en general es una elevación dura y consistente, que incindida no da líquido seroso ni purulento.

Las sifilides papulosas tienen caracteres generales, fáciles de apreciar.

Así estas sifilides papulosas, no dan ningún prurito y si lo hay es la excepción; son de un color rojizo parecido al jamón, se dice que tienen un color á jamón de Falopio, ó bien son de un color *cobrizo*.

La coloración puede apreciarse mejor, no solo exponiendo al aire el enfermo para hacer resaltar más las sifilides, sino que comprimiéndolas con el dedo ó mejor aún con un vidrio porta-objeto que al mismo tiempo que comprime deja ver la coloración por transparencia, y entonces sucede que por la compresión la sangre refluye y se quita así el color sanguíneo y queda la coloración de los exudados viejos que dan á la pápula así comprimida un color cobrizo.

Las pápulas que aparecen en las extremidades inferiores son de una coloración más subida, como sucede con todas las eflorescencias de los miembros inferiores sea cual fuere la afección á que pertenecen, y esto es debido en general á que la circulación venosa *de retorno es allí* más lenta y queda así más *estancada en los vasos*; de aquí el tinte hemático que aumenta el color.

Además las sifilides papulosas se distribuyen sin localización especial: hay una verdadera anar-

quía en su distribución. Es así que las sífilides papulosas no siguen ya el trayecto de los nervios como sucede con el Herpes Zoster, ni hay especialización del lado de flexión, ni del lado de extensión, pero las irritaciones parecen que hicieran un llamado al lugar irritado, irritación que puede ser debida á los cáusticos, á la tintura de yodo ó á frotos continuos, apareciendo en el lugar de irritación, con preferencia, las sífilides papulosas.

Respecto á la clasificación de estas sífilides papulosas, se las ha dividido teniendo en cuenta el tamaño, el aspecto exterior, etc.

Atendiendo al tamaño tenemos: 1º *Sífilides papulosas lenticulares*. — Como lo dice su nombre son del tamaño de una lenteja, son las más frecuentes y las que aparecen á veces con la roseola y despues de la roseola: son verdaderas lentejas injertadas en la piel: en su extremidad aplanada tienen una depresión que puede tener una escama.

Ahora considerando el aspecto que pueden tener estas sífilides se les ha clasificado en:

1º *Sífilides papulosas no escamosas* con depresión sin escamas.

2º *Sífilides pápulo-escamosas*. Es la sífilide papulosa típica, y la escama no es sino el resultado de su evolución rápida ó lenta: aparece siempre una escama cuando la papula evoluciona á la regresión.

3º *Sífilides pápulo-erosivas*. Así llamamos á aquellas sífilides papulosas que tienen en su punta una serosidad que la exudan por falta de epitelio.

cuando esta serosidad se concreta tendremos las:

1.^o *Sifilides pápulo-costrosas*. Que debe distinguirse de la sifilides costro-pustulosa.

Después estas pápulas erosivas, según la mayor ó menor erosión, dan otras tantas variedades de forma.

La sifilide papulosa-lenticular, que es la más frecuente de las sifilides papulosas, es una verdadera elevación lenticular, en la que al evolucionar, su centro se deprime y su parte periférica queda elevada circularmente; es lo que llamamos *el collar de Biell*, esto es debido á que es una pápula la cual á medida que su centro se reabsorbe y desaparece, su periferia tiene los vasos que se infiltran y levanta así esta aureola en forma de collar.

Estas sifilides papulosas lenticulares tienen su localización especial: así se las vé más frecuentemente en el tronco, en la palma de la mano, planta de los pies, y en la cara. En el dorso de la mano no se las encuentra y las sifilides de la mano, ha recibido el nombre de *psoriasis sifilítica*.

Cuando las pápulas son confluentes, se presentan próximas á la infección separadas por una mayor ó menor cantidad de piel sana.

Todas las pápulas no tienen el mismo tamaño, pues hay algunas que al iniciarse son más pequeñas que las ya en regresión, que son de una mayor extensión.

Estas sifilides papulosas pueden aparecer al mismo tiempo que las roseolas, ó bien después de ellas.

Es por eso que puede haber *una forma máculo-papulosa*, en la que las primeras sífilides aparecen como roseolas y pápulas.

También en la sífilis no es indispensable que aparezcan primero las roseolas y después las pápulas, es decir que las manifestaciones externas de la sífilis pueden demostrarse por la aparición de las sífilides papulosas.

Esta sífilide papulosa lenticular, toma á veces otras variedades de las cuales hablaremos más adelante.

Existe otra variedad, es la llamada sífilide papulosa miliar ó granulosa, que como su nombre lo indica es una sífilide de pápulas muy pequeñas liqueniformes, de tal manera que se la ha llamado por algunos autores: *liquen sífilítico*, y como las pápulas del liquen siempre quedan al estado de pápula y al cabo de cierto tiempo sufren su regresión sin transformarse en otra eflorescencia.

Estas sífilides papulosas miliares se pueden ver distribuidas de una manera mucho más confluyente que la sífilides papulosa lenticular, y parece que cada pápula lenticular, se hubiese subdividido en 4 ó 5 papulitas más pequeñas, y por lo tanto más confluentes. Pueden agruparse, en líneas, surcos ó círculos, etc.

Las pápulas de las sífilides papulosas miliares, son papulitas pequeñas, pero que no tienen superficie aplanada como las lenticulares, ni tienen la depresión central característica de las sífilides papulosas lenticulares, en forma de cráter de un volcán si no que se trata de una pápula miliar abovedada, en forma de una semi-esfera adosada á la piel por la base plana.

Existe otra forma de pápulas, más pequeñas aún, es la *sifilide papulosa punteada*, que apenas se vé. Sucede muchas veces después de la aparición del chanero, y con la aparición de la roseola, que si nos fijamos bien en el dorso del sífilítico, vemos una gran cantidad de papulitas muy pequeñas, del tamaño de las de la piel de gallina ó las del líquen pilar: cada papulita corresponde á un folículo piloso. Son también papulitas semi-esféricas como las de las sifilides papulosas miliares.

Hay otra variedad de sifilides papulosas, es la *sifilide papulosa en napas*, en la cual varias sifilides papulosas lenticulares se fusionan sin dejar claros de piel sana.

Diagnóstico diferencial de las sifilides papulosas lenticulares. Se puede confundir sobre todo con el *líquen pilar* que ocupa los lados de la extensión de los dos miembros superiores é inferiores, en el dorso y cráneo en la región superciliar y maseterina, es de evolución mucho más larga y son nacarinas, son ictiósicas.

Otra afección semejante es el *líquen rojo*, sobre todo *el plano*, desde que el *acuminado*, es más raro, pero tiene caracteres bien distintos.

En efecto: 1º. El líquen rojo plano se acompaña en general de un prurito muy intenso, y no tiene esa confluencia especial de las sifilides papulosas.

En el líquen rojo plano se ven grupos ó placas que se pueden apreciar. Además las pápulas del líquen plano son planas, mientras que las sifilides papulosas miliares son esféricas.

Las pápulas del liquen plano son brillantes, nacarinas y la del liquen sifilítico no tienen ese brillo.

Y además de la coloración vinosa y de existir algunas en la boca y en el carrillo, la superficie del liquen plano, es pavimentosa como la de un mosaico exagonado.

Las sifilides papulosas numulares, son llamadas así por qué son pápulas del tamaño de una moneda.

Son pápulas aplanadas duras que dan una sensación apergaminada como la del chanero sifilítico.

No son muy numerosas, y cuando se reabsorben dejan una pigmentación que dura mucho tiempo.

Así primero se desarrolla la elevación que despues se reabsorbe y despues queda la pigmentación que luego desaparece.

Existen *otras variedades* de sifilides papulosas, que deben tenerse en cuenta, y que varían según *su forma, distribución y agrupación*.

Según *la forma* de las sifilides estas se subdividen en:

Sifilides circulares ú orbiculares, es decir que las pápulas se disponen en forma de *un círculo*, círculo que á veces suele *ser incompleto* y tomar un aspecto de riñón, cuando una parte del círculo se reabsorbe. Otras veces la reabsorción es más de la mitad del círculo y tenemos una *forma semi-circular* ó bien por la coalescencia irregular de varias líneas y círculos tenemos las *sifilides serpiginosas ó de arco conjugado*.

Estas pápulas como las sífilides en general van avanzando por su periferia y se van reabsorbiendo por el centro.

Otra de las variedades es la llamada *sífilide papulosa en escarapela*, formada por círculos de pápulas de distinto color, y esto se explica porque todas las pápulas no tienen la misma edad y el trabajo de reabsorción es distinto y de allí la diferencia de color que le da ese nombre.

Estas formas distintas son siempre sífilides de data más ó menos antigua.

Fuera de éstas, existe otra variedad, es una sífilide á gran pápula que es, *la sífilide pápulo-tuberculosa*, se trata de pápulas que en general toman rapidamente un tamaño mayor que el de las pápulas lenticulares, y que no sólo ganan como las sífilides nummulares en extensión, sino que más bien en altitud como un tubérculo, pero que es distinto del tubérculo sífilítico ó goma; es más bien *una forma de transacción* entre los accidentes secundarios y los terciarios y por eso solo se presenta al año ó dos años de la infección y es tardía en presentarse, pero se diferencia de su evolución del verdadero tubérculo ó goma sífilítico, porque la sífilides pápulo-tuberculosas, como todas las sífilides secundarias desaparecen y se reabsorben sin dejar cicatriz, no hay destrucción, mientras que el goma destruye á la epidermis y dermis y deja cicatriz.

Casi todas estas variedades de formas de sífilides papulosas, se presentan lejanamente á la infección, como á los 6 ú 8 meses y á este pro-

pósito diremos que toda sífilide que no toma en su distribución una forma especial y distinta bien marcada, es una sífilide joven, mientras que cuando toma una forma geométrica y característica ya es más vieja su aparición con relación á la infección.

Pero como dijimos hay variedades según el sitio, porque hay unos sitios expuestos á unas causas adyuvantes y otros expuestos á otras.

Es así que cuando *algunas sífilides* se sitúan en lugares de movimientos continuos vgr. en la comisura de los labios, en los espacios interdigitales de la mano y del pié, las sífilides y la piel vecina se inflama, pierde su elasticidad y se rasgan, sobre todo si son sífilides pápulo-costrosas, en que la costra se quiebra, y dan las sífilides que se llaman *sífilides papulosas fisurales*.

Pero hay otras sífilides papulosas que varían en otros sitios, por que también están bajo la influencia de otras causas.

Esta es la llamada *sífilide pápulo-papiliforme ó vegetante ó filiforme*.

Es una variedad de sífilides papulosas que se sitúa en el surco naso-geniano y en los alrededores de la nariz, y se suelen ver líneas cuya superficie no es lisa como el resto, sinó que es vegetante ó papiliforme, que toman un tinte amarillento y que todo es debido á la presencia de una mayor cantidad de sustancia sebácea en esas regiones.

También esta variedad se la suele ver en la región mentoniana, pero es más frecuente verla en el surco naso-geniano que es su preferencia.

Hay otras sífilides que no son tan frecuentes vgr. *La sífilide papulosa rudimentaria*, que está formada por pápulas que tienen poca elevación, y tal es así que existe la duda, de si se trata de papulas ó de máculas, y sólo porque en los alrededores existen otro gran número de pápulas bien visibles, es que le damos también el nombre de pápulas á esas elevaciones diminutas. Esta variedad se observa sobre todo á donde la piel es fina vgr. en la piel del prepucio.

Hay variedades según *su agrupación*. Así vemos que hay sífilides que se agrupan *en forma de líneas*, como las *sífilides miliares*, pero las sífilides papulosas en general se agrupan *en forma de círculos* como la *Sífilides papulosa circinada ú orbicular*, que se caracteriza porque la línea periférica circular está formada por la unión de pápulas unas al lado de las otras, teniendo en el centro algunas dispersas.

Las sífilides papulosas se agrupan formando *ramos de flores* y da la llamada *sífilide en ramo* ó *en bouquet*. Esto sucede con las sífilides papulosas miliares como con las lenticulares.

Ahora debemos diferenciar otra variedad, es *la sífilide corimbiforme* que es parecida á la sífilide en ramo, pero se diferencia en que en su centro hay una pápula grande llamada pápula madre, y á su alrededor, irradiando de ella, están un gran número de pápulas chicas satélites, pápulas hijas.

Existe otra variedad de sífilides papulosa que se diferencia por *su aspecto especial*, es la llamada *sífilide papulosa psoriasisiforme*, que se caracte-

riza porque son pápulas muy extensas y cubiertas siempre por una gran cantidad de escamas visibles.

Estas son las distintas variedades de sífilides papulosas, salvo la sífilide palmar y plantar de que luego hablaremos.

Diagnóstico diferencial.—Las diferentes variedades de las sífilides papulosas pueden confundirse con muchas enfermedades.

La psoriasis.—Es fácil de confundir con las sífilides papulosa lenticular simple ó la psoriasisiforme. La sífilide papulosa es como la sífilis una afección neoplásica aflegmásica, mientras que la psoriasis es una afección inflamatoria, además *el signo de la induración*, que es debido á la infiltración vascular sífilítica nos sacarán de las dudas.

Pero al diferenciar una sífilide papulosa lenticular simple de la psoriasis, el signo de la induración es difícil de apreciar, cuando hay muchas escamas, de ahí que hay que sacarlas rascándolas y apreciar la induración después: es un buen signo, si se lo practica así.

Si se trata de psoriasis, las escamas nacarinas al rascar salen *con facilidad, sin dolor*, y queda un fondo con *una hemorragia puntiforme*. Mientras que si se trata de sífilides papulosas, las escamas salen *con dificultad*, el enfermo *experimenta dolor*, retirando instintivamente el brazo por el dolor que le produce: además la hemorragia que aparece no es la puntiforme típica de la psoriasis.

La superficie que queda después de rascar la escama es igual á la que queda después de

rascarse una gota de estearina solidificada en la piel.

Así pues, dolor, dificultad de sacar la escama y la hemorrágia no puntiforme son los signos característicos de la sífilis.

Existen además otros *síntomas objetivos*, que se pueden ver, en las sífilides pápulesas vgr., todas las pápulas son iguales, de la misma agrupación, así no hay mezclas de lenticulares, orbiculares, etc. Mientras que en la psoriasis, hay placas más ó menos extensas que de preferencia están en los lados de extensión.

Así en la psoriasis, la diferencia de tamaño entre las placas es muy grande, mientras que en la sífilis á pesar del polimorfismo sífilítico, todas las pápulas de una erupción son de un tamaño casi igual.

Además si averiguamos que hace 2 años que tiene la afección, que aún tiene restos del infartoganglionar del chanero, fuera de la leucoplasia de las mucosas, son otros signos que están en favor del diagnóstico de sífilis.

— Ya hablamos *del liquen rojo plano*.

El acné. — Es sobre todo fácil de confundir cuando el enfermo llega á tener una vida genital frecuente, y que la suspende completamente por una afección venérea que ha contraído, y entonces es cuando el acné se desarrolla notablemente. Pero el diagnóstico diferencial es fácil de establecer, pues lo que verdaderamente llamamos *pústula de acné*, es una inflamación folicular y perifolicular, cuyos exudados, levantan la epidermis en forma de una papulita roja con una aureola

inflamatoria alrededor, dolorosa, y *sobre todo de una evolución típica*. En efecto las sífilides papulosas, sin pápulas, sin círculo rojizo, no dolorosas y que siempre son pápulas hasta su reabsorción. Mientras que el acné la pápula se hace pústula y aparece la costra.

Hay muchas afecciones que podrían confundirse, tal como *la sarna*, pero tienen signos tan típicos que es difícil la confusión.

El *lupus eritematoso*, podría confundirse con una sífilide papulosa orbicular, por tener ambos una depresión central y un contorno en faja rojizo y levantado, pero la *induración*, la evolución, y la presencia en la depresión del lupus, de escamas que levantadas tienen en la cara inferior una serie de espinas que corresponden á otros tantos orificios abiertos de las glándulas sebáceas son signos que con la atrofia y cicatrización central distinguen el lupus de lo demás.

Se puede aún confundir con las *tricroficies cutáneas*, pero la inflamación y la corona periférica de vesículas bastarán para no confundirlas.

Evolución de las sífilides papulosas. —La evolución de las sífilides papulosas, tienen ciertas variantes que es conveniente conocer.

Indudablemente que su estudio deberá comenzar por el de las sífilides papulosas lenticulares que constituye el tipo de las sífilides papulosas.

La evolución de las sífilides papulosas lenticulares, se caracteriza porque al iniciarse la erupción de pápulas, éstas son ya numerosas, y al día siguiente de la 1.^a erupción van aumentando la aparición de pápulas de tal modo que al fin de

la primera semana ya han aparecido todas, y al lado de pápulas bien desarrolladas hay otras que ya están en regresión, y es lo que constituye *la sífilide papulosa lenticular confluyente*. Estas sífilides pueden desaparecer, pues, sin tratamiento específico alguno, por la tendencia curativa propia de todo organismo y en este caso las sífilides papulosas tardan uno ó dos meses en desaparecer y si los enfermos vienen al consultorio antes de su regresión total, no es por la erupción misma pues ella no les incomoda, sinó por otros síntomas que les molestan, como dolores en el cuerpo, cefaleas, placas en la mucosa bucal, en la amígdala, etc.

Pero si se tiene la suerte de dar con la erupción de las sífilides, que vienen á confirmar ó á sentar el diagnóstico de sífilis, en su comienzo, é instituimos un tratamiento enérgico específico, se vé que las pápulas se aplanan y se recubren de una escamita amarillenta, la induración desaparece y al fin solo queda *una mancha pigmentaria*, que demuestra que ha habido allí una eflorescencia primaria que también concluye por desaparecer sin dejar rastros, pero si la reabsorción va más allá, puede producirse una atrofia local temporaria que también despues de algún tiempo desaparece, y la piel vuelve á tomar su aspecto normal sin ver señales de destrucción ni cicatriz. Es sabido que las sífilides papulosas lenticulares, es una de las más fáciles en recidivar.

Pero así como desaparece fácilmente, la sífilide papulosa lenticular, así también desaparece con dificultad la llamada *sífilide papulosa miliar*, y hay una diferencia de evolución tal que el en-

fermo tiene un interés especial en que desaparezca, y esta dificultad se presenta á pesar del tratamiento más enérgico que se quiera instituir. Y después cuando estas papulitas semi-esféricas han iniciado la regresión, al finalizar, queda una depresión en donde ha habido una pápula, depresión muy duradera y que realmente parece que se hubiese sacado de la piel una munición: queda también una pigmentación tenaz y esto á pesar de 2 meses de tratamiento enérgico que es el término de su evolución provocada.

Cuando se trata de *sifilides papulosas tardías*, que han tomado formas y agrupaciones, etc., distintas, su evolución depende de la clase de tratamiento que ha hecho el enfermo. *Así si el enfermo* ha desconocido su enfermedad y *no ha hecho* tratamiento alguno, estas sifilides se van con tanta mayor rapidez, cuanto menos tratamientos se han hecho antes, y vice-versa, si se instituye un tratamiento no adecuado al enfermo, las sifilides se distancian y tardan en desaparecer. *Y el doctor Sommer dice* que á un sifilitico con sifilides papulosas tardías y en grupos especiales, que ha recibido un tratamiento insuficiente de 0.02 mgr. de biyoduro de mercurio, ó aún se ha hecho fricciones pero que al día siguiente se las lava, de modo que es también insuficiente, en este caso dice las pápulas no reaccionarán como en aquel enfermo vgr. que cree tener acné y que lo trata como tal y desaparece con facilidad, sin dejar rastros, cuando se hace tratamiento especial.

Con esto no quiere decir y lo veremos más adelante al hablar del tratamiento específico en la

sífilis que á ciertos sífilíticos, al lado del tratamiento general que se les da se debe aplicar uno local, para apresurar la regresión de las pápulas.

Sífilides papulosas de la palma de la mano y planta de los pies, ó psoriasis palmar y P. plantar. El nombre de psoriasis palmar y plantar, es un nombre mal dado, porque no existe nunca la psoriasis vulgar en la palma de la mano y en la planta de los pies, sin embargo el doctor Sommer ha visto ya varios casos de psoriasis vulgar en la palma de la mano pero son raros, por eso es que cuando hablamos de psoriasis palmar y plantar se entiende que queremos expresar las sífilides de la palma y de la planta.

Antes se le consideraba el signo evidente de la sífilis y Ricord ha dicho: *que es la firma del diagnóstico de la sífilis* en el enfermo.

Cuando las sífilides se localizan en la palma de la mano y en la planta de los pies, como la histología de la piel de esas regiones nos revela una estructura distinta, como ser un exceso de capa córnea, la falta de glándulas sebáceas, etc., se entiende que todo ésto ha de influir en la evolución de las pápulas en esas regiones de tal manera, hasta llegar á darle un tinte diverso y otro aspecto del presentado en las otras regiones.

Debemos advertir que las sífilides de la palma de la mano, nunca invaden el dorso, el ¿porqué? no se sabe.

En cuanto al modo de su aparición, diremos que así como existen en las sífilides papulosas lenticulares, una manera especial de presentarse,

así las sífilides de la palma de la mano pueden tener una confluencia ó no como en las demás. De este modo si vemos nosotros en la palma, como en el cuerpo una aparición de un gran número de pápulas esparcidas irregularmente, es decir confluentes, diremos que se trata de pápulas recientes de 2 ó 3 meses de data de la aparición del chanero.

Pero cuando vemos pápulas en mucho menor número y formando grupos aislados, diremos que se trata de pápulas recidivantes de data vieja.

Si nosotros estudiamos con más detalles estas pápulas palmares, veremos que al pasar nuestra mano sobre la palma del enfermo, notamos muchas asperezas, que corresponden á levantamientos de la epidermis córnea, por la aparición de las pápulas palmares.

Son pápulas duras no solo por la infiltración neoplásica de la *induración sífilítica*, sino también por el aumento local de la capa córnea. En su centro á veces existe una depresión, pero la periferia es dura, es la característica.

Pero no siempre sucede así y de la misma manera que las sífilides del resto del cuerpo, cuando son de alguna data, ellas toman aquí la forma de *sífilides circulares ó reniformes* que son más viejas que las confluentes y toman carácter y formas distintas, y así se ve que estas sífilides forman grupos, líneas, surcos, semicírculos, van invadiendo las caras laterales de los dedos, pero nunca llegan al dorso, y además se puede presentar *esta curiosidad*, que cuando se presentan en las caras laterales de los dedos los dos adya-

centes están enfrente uno de otro y todos están en una misma simetría, pero nunca llegan al dorso.

Otra particularidad es que las sífilides de las dos palmas de las manos en general son *simétricas*, y sólo en los mecánicos ó en los obreros que hagan mucho uso de una sola mano, habrá *asimetría*, pues las sífilides parecen acudir allí donde hay más frotés ó irritación.

Estas sífilides tienen otro carácter general que tiene alguna importancia. Es común ver la psoriasis palmar y plantar en las cuatro extremidades y si está en las dos superiores es fácil que se encuentre en las dos inferiores, sin encontrar ninguna en el resto del cuerpo: naturalmente que hay excepciones.

La causa del porque sucede esto, no se sabe, el doctor Sommer cree que es porque aquí, la circulación sanguínea es más amplia que en las demás partes que aparecen sífilides, y sucederá como en los gomas de la nariz y del lóbulo de la oreja de la sífilis 3ª que se explica por tener una circulación rápida. Es quizá una teoría discutible, pero puede ser cierta.

Otra particularidad más es que la psoriasis palmar, es de todas las pápulas ó sífilides *la más recidivante de todas*, pues puede aparecer á los 2, 3, 10, 20 años después del chanero inicial y no se las tomará por gomas, porque no hay tendencia de ulceración.

Las otras formas aunque menos comunes tienen un tinte especial, así:

Vemos *la psoriasis palmar en napas*, que es debida á la fusión de pápulas.

La psoriasis palmar córnea, que tienen ciertos signos de importancia.

Una sífilide córnea de la palma y planta del pié que se llama así por la exuberancia de la córnea; y siempre que existe una capa córnea, la piel se espesa, pierde la elasticidad, se rasga y se fisura, y así sucede en la *sífilide papulosa córnea*; ésta es muy grave ó inmoviliza á los miembros.

Y así como existe esta psoriasis palmar córnea, existen otros tipos más difíciles de diagnosticar.

Así vemos á enfermos venirnos á consultar con pápulas en los puntos de flexión de los dedos y nada en el resto de la palma de la mano, duras como un callo, dolorosas y parecidas á un *ojo de gallo*; son pápulas córneas, alargadas en el sentido de la flexión del dedo. Es una afección frecuentemente asociada á la psoriasis palmar general.

Pero hay afecciones más raras aún, como *la de ver en la pulpa de los dedos*, una pápula igual á una verruga, de un dolor punzante, y se diagnostica por esclusión.

Así si nos fijamos bien en la pápula, vemos que no es una verruga, y es muy parecida al callo de los violinistas ó callo ambarado.

Estas sífilides papulosas son de un diagnóstico tanto más difícil, cuanto que el tratamiento general tiene poca influencia.

Lo mismo cuando vemos una pápula debajo

de la uña, sin inflamación ni dolor, ni onixis, es un levantamiento córneo.

Debido pues al espesamiento córneo de estas sífilides hay que tener en cuenta en el tratamiento de estos enfermos que tiene mucha influencia el tratamiento local macerativo, con tintura de yodo y emplasto mercurial.

Diagnóstico diferencial, entre la psoriasis vulgar y la sífilítica. No hay que ser exclusivista y hay que aceptar que en la palma de la mano puede aparecer la psoriasis vulgar, como lo ha visto más de una vez el doctor Sommer, pero tiene caracteres diferenciales propios.

La psoriasis es una afección inflamatoria que no se sitúa casi nunca en la palma de las manos y en las plantas de los pies, sino que es más frecuente en los lados de extensión.

La evolución misma de la psoriasis nos dará algo para el exámen.

En ella *no se nota la induración* signo de infiltración neoplásica vascular sífilítica, porque ella es inflamatoria.

En la psoriasis hay una aureola roja inflamatoria. A pesar de todo la psoriasis palmar vulgar, va siempre al dorso mientras que la sífilítica no. No hay necesidad de recurrir al tratamiento.

Callosidad. En ella se ve que es principalmente la sustancia córnea la que la constituye, porque sirve para defenderse de los ejercicios contra un frote continuo. Pero en la psoriasis sífilítica el ejercicio da dolor punzante.

Verrugas. Pueden confundirse sobretodo con

las sífilides pápulosas de la pulpa del dedo que son difíciles de diagnosticar, pero cortada una verruga, esta sangra mucho, porque hay proliferación de vasos, lo que no sucede en la pápula sífilítica.

El eczema.—Es confundible cuando él se localiza en la palma de la mano. El eczema va siempre acompañado de prurito, es fácil encontrar á veces vesiculitas, sobretodo en la periferia.

Con esto se puede caracterizar á la enfermedad.

Pero si se trata de diagnosticar el eczema de una sífilide palmar córnea, ya es más difícil, y para distinguirlas hay que proceder á una reacción. Así, si el enfermo se jabonara con jabon negro, frotando la superficie de la piel ó en una solución concentrada de potasa cáustica, *si hay eczema*, se reagudece y las vesículas se hacen visibles, y si es *una psoriasis palmar córnea*, se reblandece y favorece por el contrario su regresión.

Es natural que importa diferenciar un eczema de una sífilide sobre todo por el tratamiento, porque al eczema el tratamiento mercurial le hace mal. *Es importante el diagnóstico diferencial*, pues es difícil establecer todas las diferencias, porque se ve á menudo este hecho, que la psoriasis palmar es muy fácil de reincidir y tardan mucho en desaparecer aún tratándolas.

De allí que se ven enfermos abandonados por el médico porque el tratamiento no daba resultado y sin embargo eran sífilíticos. Y esto es lo que sucede cuando se medicamenta con bebidas, pí-

doras, inyecciones, porque estos medios no dan tan buen resultado como las fricciones mercuriales, las cuales á pesar de todo en algunos casos no son capaces de dar resultados en la evolución de la sífilides.

(1) *Sífilides pápulo-costrosas*. — Dijimos ya que había otras pápulas que se cubrían de costras y que por eso se llamaban, *Sífilides pápulo-costrosas*.

Las costras de estas pápulas hay que diferenciarlas, según de donde provengan, porque existen costras en las sífilides terciarias ulcerosas que tienen caracteres propios y las costras de las sífilides pápulo-costrosas, provienen de la desecación de la serosidad. Estas costras son ligeramente amarillentas, y ocupan el centro de la pápula, porque alrededor de la costra hay una aureola periférica que constituye la pápula.

Estas costras se desprenden con facilidad, y cuando se destacan, aparece debajo *una erosión* porque se trata de una destrucción que no llega al dermis, es una lesión esencialmente epidérmica.

Esta sífilide pápulo-costrosa tiene tipos tan variables, que no hay otra sífilide que haya dado lugar á una abundancia de nombres mayor, así se le ha llamado, sífilide herpética, sífilide acneiforme y así por el estilo se iban asemejando la afección sífilítica á algún tipo de otra afección.

(1) Antes de estudiar las sífilides pápulo-costrosas, debíamos estudiar las sífilides papulosas erosivas que es mejor estudiarlas con las sífilides de las mucosas, donde la maceración tiene su papel principal.

y así es que esta clasificación no puede aceptarse, porque dificulta el estudio.

Las sífilides pápulo-costrosas se observan en general donde aparecen las sífilides papulosas lenticulares, pero existen regiones donde su aparición es más frecuente.

Así tenemos las sífilides pápulo-costrosas del cuero cabelludo, llamada también sífilide acneiforme, es también una de las sífilides más importantes, porque sirve para completar el diagnóstico de sífilis, es una sífilide inicial que aparece junto á las roseolas, y así se ve en el cuero cabelludo, un gran número de pápulas que llevan en el centro una costra, no hay síntomas subjetivos, de tal modo que pueden pasar desapercibidos, pero si se pasa la mano sobre la cabeza, se perciben elevaciones papulosas.

Y de este modo cuando á los 2 meses después de la aparición del chanero, vemos una gran cantidad de sífilides pápulo-costrosas esparcidas por el cuero cabelludo, *el diagnóstico de sífilis se confirma*.

Es claro que á la afección sífilítica podría agregarse otra afección del cuero cabelludo, pero de cualquier manera, esas eflorescencias no son tan numerosas en tan corto lapso de tiempo como el que tiene la sífilide, y después que cortándose los cabellos se pueden reconocer los síntomas objetivos típicos.

Es natural que las sífilides salen allí donde hay un estímulo que las atrae, de modo que para que en el cuero cabelludo aparezcan esas pápulas, debe existir allí algo de anormal, de tal

manera que si al salir las roseolas, las glándulas sebáceas del cuero cabelludo están alteradas, si existe seborrea, allí aparecen al mismo tiempo las sífilides pápulo-costrosas, y lo mismo sucede en otras regiones como en la barba, en los bigotes si están en las mismas condiciones.

Pero también puede aparecer en el cuerpo una variedad especial de sífilides pápulo-costrosas, que Fournier, la ha llamado *sífilide herpetiforme*.

Es una variedad muy rara de sífilide en la cual aparece rápidamente por la superficie del cuerpo, una gran cantidad de vesículas y de pápulas, y cuando las vesículas se rompen, el líquido seroso se deseca y da la costra.

Hay otras sífilides pápulo-costrosas, que deben estudiarse, pero con la diferencia que no es la serosidad la que desecada da la costra, sino que es pus: es la llamada *sífilide pustulosa*.

Estas formas de sífilides asumen diferentes tamaños, así, la pápula que sostiene á la pústula puede ser grande como una lenteja y tenemos la *sífilide pustulosa lenticular*; ahora bien, cuando esa pústula central cae, el pus libre se deseca y da lugar á la formación de costra, y á la forma de *sífilide pápulo-costrosa*, razón por la cual no juzgamos conveniente hacer de ellas un grupo especial.

Pero existe también otra variedad de sífilide pustulosa, que tiene pápulas muy pequeñas iguales á las del liquen sífilítico, y en que cada papulita tiene en su centro á su vez una pústula muy chica, que rota deja salir pus y deja una costra piógena.

Es menester saber diferenciar bien en el diagnóstico de esta variedad pustulosa, porque el pronóstico es más grave que las demás y porque aquí lo mismo que en las sífilides papulosas lenticulares, las de pápulas más pequeñas son más difíciles de desaparecer que las de pápulas grandes. El tratamiento obra bien poco sobre ellas.

Estas sífilides pustulosas pueden ser muy frecuentes. Es un poco más tardía que las demás, pues aparece 5 ó 6 meses después de la aparición del chanero y aún más tarde.

Si es de aparición reciente será confluyente su distribución: sinó, si es tardía, habrá agrupación.

¿Cual es la razón de que las pápulas de esta variedad de sífilide tardan en ser pustulosas? Hay dos teorías que tienden á explicarlo.

1.^o *La una es la teoría microbiana*, según esta teoría, los microbios piógenos que están en la piel, el estafilococo y el estreptococo piógeno, atacan á la pápula irritándola y determinando una inflamación supurativa local que es la pústula terminal.

2.^o *La otra se basa en la constitución orgánica del terreno*. Al doctor Sommer no le satisface la teoría microbiana por varias razones.

1.^o. Porque no todas las pápulas se transforman en pústulas.

2.^o. Porque personas aseadas son atacadas lo mismo que las desaseadas.

3.^o. Porque el tratamiento antiséptico local más riguroso no evita la aparición de la pústula, pero en cambio el tratamiento específico interno,

las ataca y las hace desaparecer. Pero dice el doctor Sommer, en cambio observamos la aparición de las sífilides pustulosas con más frecuencia, en sujetos tuberculosos ó en los convalescientes de una enfermedad grave, como el tifus, etc. lo que nos da á entender *que es el terreno predispuesto* en donde germinando la sífilis da lugar á la aparición de las sífilides pustulosas.

Ya dijimos que el chancre extra-genital era el que originaba una sífilis mucho más grave que la producida por el chancre genital, y es precisamente en la sífilis del chancre extra-genital que aparece con frecuencia las sífilides pustulosas: de allí pues que es necesario considerar que se trata de una sífilide más grave, más seria en el pronóstico, porque los trastornos posteriores son también más graves, las ulceraciones son más profundas, y las alteraciones graves de los órganos interiores más fáciles de aparecer: á pesar de todo, se puede conjurar tan mal pronóstico si se instituye un tratamiento específico intenso, de allí pues la importancia de saberlo diagnosticar bien.

Diagnóstico diferencial. — La viruela es una de las afecciones que por sus manifestaciones exantemáticas, se puede confundir con las sífilides pustulosas, pero son pústulas umbilicadas, que tienen una base inflamatoria no indurada, que evoluciona con rapidez: sin embargo se envían á veces sífilíticos con fiebre y pústulas grandes por viruela á la Casa de Aislamiento y en el público. La sífilis desarrollada en un tuberculoso, que es un organismo debilitado, es el latigazo que apresura el fin de sus días.

III. Sifilides ulcerosa superficial

Las sifilides ulcerosas superficiales constituyen una de las formas de sifilides, quizás algo más frecuente que las sifilides pápulo-costrosas, y que aparecen en un gran número, dejando después una cicatriz indeleble donde hubo ulceración.

Si nosotros seguimos la evolución de estas sifilides desde su principio, veremos primero aparecer una pústula superficial ó bien una costra que interesa la epidermis y las partes más próximas del dermis, teniendo al principio el tamaño de una lenteja y después poco á poco va creciendo por toda la periferia, teniendo también una costra mayor.

Esta costra es adherente y si se levanta vemos debajo un fondo grisáceo amarillento, con un aspecto purulento, que después se seca, aparece primero una delgada película piógena y luego la costra.

Esta costra primero amarillenta se oscurece cada vez más, apareciendo en su superficie manchitas rojo oscuras salientes por su matiz y que indican que al pus hay agregado un poco de sangre.

Así pues si desprendemos la primera costra, aparece una nueva del color de la miel primero pero que luego va poco á poco oscureciéndose, y al mismo tiempo la costra primera como una lenteja va ganando terreno en extensión, hasta tomar el tamaño común que es el de una moneda de dos centavos.

Es raro encontrar tamaños mayores. La costra por lo general como dijimos avanza por su periferia en extensión, y mantiene en general su superficie uniforme, pero puede suceder que aparezca una forma distinta, y es lo que se llama *rupia sifilitica*, como antes se le designaba á esta variedad. Es una sifilide ulcerosa superficial, en que la característica está en la costra que llega á tomar un desarrollo notable no solo en extensión, sinó también en altitud, es lo que suele verse en la sífilis 3^a, pero es muy fácil que sean también esas sifilides secundarias de este grupo.

Sucede que debido á la exudación lenta y profunda, la primera costra en lenteja no se cae: debajo hay pus que como se forma lentamente también se deseca lentamente y debajo de la primera costra que corresponde á la primera úlcera, aparece una segunda costra correspondiente á una segunda úlcera mayor que la primera, porque la ulceración va ganando en extensión, y así en seguida una tercera, una cuarta, etc., cada vez mayores.

Tiene el aspecto dice el *doctor Sommer*, como si se tratara de una superposición de platos en que el más chico está arriba y el mayor abajo, y así es efectivamente en las costras, la más chica, más oscura es la más saliente, y la mayor, más joven está en la base de adhesión de la piel: esto es *la rupia sifilitica*.

La sifilide ulcerosa superficial que es un accidente secundario, se distingue de los terciarios, en que aquellos aparecen rápidamente y en gran número, mientras que éstos forman grupos y son en mucho menor número.

•

A pesar de ser una sífilide que puede localizarse indistintamente en cualquier lado del cuerpo, tiene sin embargo su preferencia para el cuero cabelludo. En la cara, estas sífilides ulcerosas superficiales tienen una gran tendencia á atacar la región ciliar, y así vemos, que las cejas desaparecen, juntamente con la aparición de costras-úlceras que después dejan cicatrices, sin pelos, é indelebles. Otra región atacada es en la nuca, en el límite del cuero cabelludo con el cuello.

Las sífilides ulcerosas superficiales siempre están caracterizadas, por la producción de costras que levantadas dejan una úlcera superficial en contraposición con la sífilis 3ª que deja una úlcera profunda.

Respecto al modo de producción de la ulceración superficial, Balzer haciendo un gran número de cortes, ha visto que los vasos superficiales, tienen sus paredes completamente infiltradas, su luz disminuye hasta que se oblitera y esta obliteración arterial acarrea una necrosis consecutiva de los tejidos irrigados por el vaso obliterado y las escaras luego se eliminan, dejando la úlcera superficial: el dermis está atacado en 1 mm. de profundidad, al revés del goma en el cual ésta lesión es mayor.

Existen un polimorfismo entre estas sífilides ulcerosas superficiales.

Así existe *el ectima sífilítico*, y como sabemos que *el ectima simple* se localiza de preferencia en las extremidades inferiores, estas eflorescencias son de un tinte más subido que los ectimas simples de las extremidades superiores: esto es de-

bido á que la circulación venosa de la vuelta, es más lenta y dificultosa, y por lo tanto la sangre está más estancada y colorea más al ectima. Así vemos que las picaduras del «tetraneus molestissimus» abre la puerta á la infección y da pústulas de ectima en el miembro inferior, estas son mas grandes, mas gruesas, y con una costra de color más subido que en el miembro superior.

Así también el *ectima sífilítico*, que es la sífilide ulcerosa superficial del miembro inferior, se inicia por una pústula efímera, que da una costra muy oscura, mezclada con sangre y pus, que varían siempre la data de su existencia; alrededor de la costra, tenemos la piel indurada y con una coloración no muy rojiza.

La diferencia que hay entre los dos ectimas, está en que el *ectima simple* es una lesión esencialmente epidérmica, mientras que el *ectima sífilítico* va más allá y llega al dermis atacándolo en un mm. de profundidad y después deja una cicatriz indeleble; si levantamos la costra, veremos que el *ectima simple* deja una ulceración lisa y superficial mientras que el *ectima sífilítico*, la úlcera es más profunda y además como los bordes están levantados parece aún más profunda.

Además en el *ectima simple*, como es una lesión cuyos causantes son el estafilococo y el estreptococo piógeno, es una afección esencialmente inflamatoria con tendencia á la supuración, de modo que debajo hay pus que se produce en gran cantidad, teniendo una aureola rojiza típica alre-

dedor de la pústula que es debida á una linfangitis capilar; y esto no sucede en el *ectima sífilítico* en que la aureola no es tan típica y el pus tan considerable.

También *la evolución* tiene su importancia en el diagnóstico diferencial, así todo *ectima simple* se inicia por rascarse, por golpes, por contusiones y es de evolución rápida, mientras que *el sífilítico*, es de evolución más larga, de costras más oscuras desde que son más viejas; y si la costra no nos deja ver las diferencias debemos quitarlas por algún medio y ver si la úlcera es superficial (simple) ó profunda (sífilítica) y si hay ó no induración.

Otra diferencia está en el número.

Así mientras que en *el ectima simple* de la primera pústula que pica y se rasca, reinfecionados y tres más á lo sumo, en los sífilíticos hay tan gran número, que las placas de ectimas, se fusionan dando formas uniformes: ó circuladas, ó serpiginosas.

¿En que momento se produce? Cuando pasa ya el cuarto ó quinto mes, se produce en las extremidades inferiores, pústulas de ectima, y así en los casos en que la roseola ha desaparecido, la presencia de la cicatriz del chanero y del infarto ganglionar, servirán para el diagnóstico.

Si el enfermo dice que hace pocos meses que ha tenido el chanero, es menester ver en los puntos más comunes, en el tronco y por eso le decimos que se levante la camisa: en el cuero cabelludo, en la boca y en las extremidades inferiores por las perturbaciones circulatorias.

En la boca hay una gran cantidad de vasos y un gran número de factores irritativos, al hablar, al fumar, y en el cuero cabelludo la circulación abundante, explican el por qué de la frecuencia de las sífilides por esas regiones.

Y así cuando tenemos que decir si el enfermo es ó no sífilítico, debemos ver todos esos puntos.

Cuando vemos sífilides ulcerosas superficiales muy generalizadas, es que también se trata de una sífilis muy intensa, y no es necesario que aparezcan las sífilides maculosas ó papulosas. Si se trata de un terreno debilitado, en el tífus, mal de Bright, en el surmenage intelectual y material, estas sífilides son frecuentes.

Antes se decía que un chanero cuanto más pequeño pertenece á una sífilis más benigna y vice-versa. Y así *el edema sífilítico*, correspondía á sífilis muy maligna.

A pesar de todo ésto no es del todo cierto.

Hay otras formas de sífilides ulcerosas:

Las sífilides impetiginosas, llamadas así porque se forma una costra superficial, encima de una pápula muy extensa, pues sacada la costra queda debajo una elevación ulcerosa que es una verdadera pápula grande.

Algunos autores no aceptan esta clase de sífilide ulcerosa, y dicen que más bien que sífilide es una complicación sífilítica pues según ellos, los gérmenes patógenos depositados sobre una ancha pápula, la irritación, determinaría 1.^o una exudación serosa, luego purulenta, de tal modo que desecada, tenemos una costra sobre una pápula.

Sifilides pigmentaria ó Leucoderma Sifilítico

Es bajo este doble nombre que designamos á una nueva variedad de Sifilides, y cada nombre representa una escuela distinta que se disputa la razón en designarlo á su manera. Esta nueva manifestación sifilítica, aparece por manchas blanquizeas más ó menos redondeadas, rodeadas por todos lados de una red de pigmentación cutánea recargada. *La cuestión* que se plantea ahora es la de saber, ¿que es lo que está enfermo? si es la parte blanca, como lo sostiene *la Escuela de Viena* y de allí que la llaman *Leucoderma sifilítico* ó bien es la parte pigmentada como lo sostiene *Fournier*, y por eso la denomina *Sifilide pigmentada*.

El Dr. Sommer, está de parte de la Escuela de Viena y dice que la afección está muy bien llamada con el apodo de *Leucoderma sifilítico*, y las razones que se dan en favor y en contra son:

1.º Las eflorescencias generalmente se presentan en Dermatología con una forma más ó menos redondeadas, pero nunca en una forma de red, razón por la cual dice el Dr. Sommer, debemos creer que lo que está enfermo es la parte en la que hay atrofia pigmentaria más bien que en la acumulación. 2.º Fournier sostiene en su contra que lo que es atrofia pigmentaria no es cierto, que esos discos blanquizeos son de coloración normal y que rodeados de la red pigmentada, lo blanco resalta más y hace creer que es más blanco de

lo normal, y que el exceso de pigmento es la enfermedad.

A esto responde el Dr. Sommer que en Dermatología cuando falta el pigmento, en una región ya reemplazado por un exceso de pigmento en la periferia; y sinó, fijemosnos en *el vitiligo*, que sabemos está caracterizado por manchas más ó menos redondeadas de falta de pigmento, y veremos que lo que rodea á estas manchas, está recargado de pigmento, esto es debido á que el pigmento que debía ocupar las máculas sin pigmentación, se acumula en su periferia, y sin embargo en el vitiligo la enfermedad no es el exceso, sino la falta de pigmentación. Y si esto sucede siempre en el vitiligo ¿porque no ha de suceder lo mismo con las placas de atrofia pigmentaria de estas sífilides que están en el mismo caso? Es lo que sostiene la Escuela de Viena, lo mismo que el Dr. Sommer, y están contestes en acordarle el nombre de *Leucoderma sífilítico* y no como lo llama Fournier el de Sífilides pigmentaria que expresa un error.

Esta sífilide se presenta más comunmente en la sífilis de la mujer, es muy rara en el hombre: — ataca generalmente al cuello y sus vecindades, muy raro es que se presente en el tronco, lo mismo los sífilíticos de piel muy fina son los más fáciles de manifestar el Leucoderma sífilítico: es por esta última razón también que ataca con más facilidad á la mujer que al hombre. Es una sífilide tardía, aparece al año ó á los dos años después de la infección. Es una sífilide de evolución lenta, el enfermo al principio no la nota, y des-

pues él cree que tiene el cuello sucio. Es muy persistente, queda por muchos meses, aún cuando se instituye un tratamiento específico.

Es por la poca influencia del tratamiento que Fournier la coloca entre *las afecciones parasifilíticas*.

Muchos investigadores se han lanzado en buscar si antes de la aparición de estas manchas apigmentadas, no existiría alguna eflorescencia anterior que tuviese alguna relación, pero no se la ha podido constatar. *El Dr. Sommer*, dice que, apesar de todo, han de existir algunas eflorescencias que presiden la aparición de estas manchas y en efecto existen algunos casos de Leucoderma sifilítico, en que las manchas con atrofia pigmentada tenían en sus centros una pigmentación producida por la regresión de las pápulas de sífilides anteriores, y en que realmente parece existir una relación entre las manchas y el resto de las pápulas anteriores: así pues no debemos negar la existencia de esta relación, como también no neguemos que el tratamiento no tenga influencia en esta sífilide leucoderma, como lo quiere Fournier.

En efecto, ya sabemos que la pápula cuando está en regresión, al desaparecer deja una pigmentación en el lugar de la pápula, que es producida por exudados sanguíneos viejos con pigmento hemático descompuesto, pero despues, poco á poco, estos exudados se van reabsorbiendo y con ellos va desapareciendo la pigmentación, y si se trata de mujeres de piel muy fina, esta reabsorción puede llegar á tal punto que se reabsorbe

el pigmento cutáneo local, que se queda más blanco, en una palabra, esta falta de pigmento es una nueva afección que constituye el Leucoderma Sifilítico. Testimonio de este modo de operar es la reabsorción parcial, dejando restos de pigmentos en una mácula sin pigmento.

En el mismo error está Fournier cuando asegura que el tratamiento no tiene influencia en estas sífilides y por eso la coloca entre las lesiones parasifilíticas, pues si comparamos el tiempo que tarda en desaparecer un Leucoderma de un sifilítico no tratado, con uno tratado específicamente, vemos que en este último la desaparición es más rápida que en el anterior aunque dura largo tiempo, luego el tratamiento alguna influencia tiene, y no es ésto una parasífilis. Existen otros casos, de mujeres sifilíticas en que las roseolas al desaparecer han dejado pigmentación que al reabsorberse, se ha ido el pigmento cutáneo y ha dejado una mancha de aspecto cicatricial, un verdadero Leucoderma sifilítico, probando una vez más la relación de esta sífilides con una eflorescencia sifilítica anterior que lo ocasiona.

Es así pues que establecemos por última vez, que lo que está enfermo, es la parte blanca y no la pigmentada que es consecuencia natural de la enferma. *Esta atrofia pigmentada del Leucoderma Sifilítico*, es un signo de gran evidencia para el diagnóstico de la sífilis, y así siempre que en el cuello de un enfermo observamos el leucoderma, es decir manchas blanquizeas, redondeadas, ovalares ó semilunares, rodeadas de una red pigmentada, *el diagnóstico de sífilis* se impone.

Naturalmente que hay otras enfermedades confundibles, como las viruela que deja cicatriz blanca; pero siempre que la parte manchada esté al nivel de la piel y presente los demás caracteres que enumeramos anteriormente se tratará de un sífilítico. El saber diagnosticar la Leucoderma es importante, porque desde que estas eflorescencias tienen una evolución larga, de muchos meses, es muy posible que algunos enfermos, se nos presenten al consultorio con las manchas de Leucodermas como único síntoma objetivo típico y con otros subjetivos vagos, como dolores generales, cefalalgias, etc., con lo que el diagnóstico de sífilis se impone enseguida.

Tratamiento. Se puede hacer desaparecer al leucoderma sífilítico, haciendo uso del tratamiento específico general, cuya influencia regresiva es pequeña para esta sífilide. De allí que al tratamiento general se combina un tratamiento local, no con el objeto de hacer pigmentar á la mancha blanca, sino con el objeto de hacer desaparecer el exceso que está en las partes periféricas de las mismas; y para esto le recetamos sustancias que irritan á la piel y apresuren su descamación y con esta la caída del pigmento que está en las células descamadas.

En general los enfermos se presentan diciéndo que tienen *el cuello sucio*, que lavan muy seguido y *la suciedad* no desaparece; son éstos los enfermos de leucoderma á quienes instituímos el tratamiento anterior.

Es una afección que á pesar de tener una cierta importancia, es muy nímia en sus defectos.

Después del estudio de las sífilides vamos á estudiar las afecciones de los apéndices de la piel: las uñas y los pelos.

Lesiones sífilicas de las uñas

Las afecciones de las uñas en general han sido poco estudiadas, pero las lesiones sífilíticas hay que tenerlas presente más especialmente.

La lesión más general de las uñas es la llamada *oníxis*, que encabeza las alteraciones sífilíticas, con el nombre de *oníxis sífilítica*.

Las oníxis, son producidas por muchas causas, malforman las uñas: que pierden su brillo, que presentan surcos longitudinales, etc., alteraciones todas y que son debidas á alteraciones distintas.

Así vgr. una persona que acaba de soportar una enfermedad debilitante, vgr. como *una fiebre tifóidea*, en la convalecencia, podrá notar que sus uñas tienen unos surcos transversos, lo que nos indicaría que 15 días antes en plena enfermedad, ese surco estaba aún en la matriz de la uña pero que por esa época debido á la mala nutrición general, la uña se deformó dando el surco.

Eleczeema, es otra de las enfermedades que repercuten en las uñas acarreando alteraciones de las mismas y no solo los próximos á ella, sino también los distantes como el de las bolsas, dan surcos, puntos manchados, etc.

Veamos ahora *las alteraciones que la sífilis determina en la uña:*

1º. *Uñas con surcos transversos*, éstos pueden iniciarse con la roseola sífilítica, pero como estaba debajo de la matriz, no se podía aún ver su lesión: la aparición de este surco nos indica como en la tifóidea que no ha habido algún trastorno que ha entorpecido su desarrollo.

2º. *Uñas frágiles en todo sentido*, en este caso; el enfermo á medida que se corta la uña, ésta se rompe, es la *uña craquelé* como la llaman los franceses.

3º. *Uñas con hendiduras*, líneas, puntos blanquizco, etc.

Pero estas alteraciones ungueales no son típicas de la sífilis, porque pueden observarse en otras enfermedades distintas, veamos la diferencia.

En efecto, todas las enfermedades que atacan á la uña, son enfermedades crónicas, en cambio en la uña sífilítica, es una lesión que data de poco tiempo, mientras que las alteraciones ungueales seguidas de eczema ó de psoriasis datan de muchos años atrás; además la alteración sífilítica desaparece con ó sin tratamiento específico; de allí pues que el diagnóstico de sífilis se impone.

Pero hay otras alteraciones de las uñas en la sífilis que son típicas por su manera de evolucionar y difíciles de confundir con otras; sin embargo no olvidemos que la sífilis es la enfermedad más traicionera, pues ataca sin dar dolor, ni prurito. Así hay:

El desprendimiento parcial de la uña. y el enfermo vé que la parte libre é inferior de la uña, cuando choca con algún instrumento, se desprende de su lecho de reposo.

Además esta alteración no solo se observa en una sino en varias uñas á la vez, y ésto de golpe: nota su desprendimiento de la noche á la mañana, observa que tiene varias uñas que se desprenden de su lecho ungueal y quedan entre las sabanas.

El desprendimiento total de la uña. es otra afección de la uña sífilítica, se produce, no solo en la parte libre, sino en la lúnula también, y así el enfermo nota que las uñas se le caen totalmente sin dolor y así al sacar una media, nota que en ella se quedan 2 ó 3 uñas íntegras que se han caído sin notarlo. Pero hay otros que son más cuidadosos, que notan las alteraciones de sus uñas desde su iniciación y observan que se van desprendiendo de su lecho, pero como es una lesión indolora no sorprenderá que algunos enfermos, se acuesten con todas sus uñas y amanezcan á la mañana, con todas sus uñas caídas sin sentir ningún dolor.

Es una lesión de evolución lenta en su producción, pero el desprendimiento es rápido, al menor choque.

Pero después de la caída de la uña vuelve á aparecer sin ningún inconveniente. Esta manera de evolucionar es propia de la sífilis.

La paquionia. es una afección caracterizada por el engrosamiento total de la uña, y el enfermo nota en las partes libres de la uña un en-

grosamiento, que visto mejor se ve que es una hojaldra de capas epidérmicas superpuestas, de sustancia córnea, que son también debidas á la sífilis, atacando á una ó varias uñas á la vez.

La elconixis, es una afección que se caracteriza por tener la uña una depresión en úlcera central, de origen sifilítico, y ésta con un tratamiento general y local se ve desaparecer.

Perionixis sifilítica. Las afecciones anteriores eran de la uña sola es decir eran onixis, pero ahora trataremos de las *perionixis*, es decir de las lesiones de las partes que rodean á la uña.

Existen 3 clases de perionixis sifilítica: perionixis seca, perionixis inflamatoria y la perionixis ulcerosa.

1º. *La perionixis seca*, está constituida por la presencia de una pápula, es decir un engrosamiento de las partes laterales de la matriz de la uña. Esta á su vez se subdivide: en *escamosa* y en *córnea*.

(a) *Perionixis seca escamosa*, las pápulas se ven descamadas constantemente, y no son dolorosas.

(b) *La perionixis seca córnea*, en que las pápulas son mucho más induradas que las anteriores y en que la capa córnea está visiblemente aumentada de volumen tomando la apariencia de un callo.

Debido al exceso de sustancia córnea, es muy dolorosa á la compresión, y los enfermos se la cortan creyendo que es un callo que le incomoda.

2º. *Perionixis inflamatoria*. En esta se nota

un levantamiento del borde de la uña, rubicundez inflamatoria que parece que va á supurar y sin embargo no sucede así: la rubicundez dura mucho tiempo lo mismo que la dureza, y se reabsorbe de por sí sin llegar á supurar.

Naturalmente que cuando se interviene cortando é infectando, llega á dar:

3^a *La perionixis ulcerosa*, que es la más grave, y empieza de un lado, para rodear completamente á la uña, y como hay infección, hay una inflamación, que supura y deja una ulceración á veces brotante, se desprende la uña, se cae, para no volver á nacer.

En esta afección, *los dedos* aparecen con sus extremidades hinchadas, en forma globulosa ó en espátula, es una de las alteraciones que duran mucho tiempo, indefinidamente, y en que el dedo enfermo toma al principio volumen tan considerable, que llega al doble ó al triple del volúmen normal: en el pié, el dedo gordo es el que engruesa más fácilmente, y la marcha se hace imposible, y el reposo es lo único que mejora la situación, y la prueba está que cuando los enfermos siguen sus quehaceres, los dedos se inflaman todavía más.

Después que caen las uñas, aparece en la extremidad hinchada, un tejido fungoso, mezclado de un líquido sero-purulento abundante, la presión es dolorosa, y después de aplicado el tratamiento, algo se reduce la hinchazón aunque no del todo.

Lesiones sifilítica de los pelos

La alteración más importante es: *La alopecia sifilítica*. Es como se sabe la caída del pelo en la evolución de la sífilis, y su estudio es de mucha importancia porque en el vulgo es general la creencia de que cuando se vé á un joven que se le cae el pelo, este joven ha de ser sifilítico; si bien hay mucha razón, no es del todo cierto este dicho. Y el mismo sifilítico cuando tiene un chancro y sabe que es sifilítico, interpela al médico si se le va á caer el pelo.

Los antiguos impugnaban al mercurio el causante de la caída del pelo, pero eran errores de la época.

La alopecia sifilítica es una alopecia que es pasagera, que desaparece, para volver á nacer el pelo de nuevo, y toda alopecia que deja calvo al enfermo, no es alopecia sifilítica.

Entre los escritos antiguos se relatan historias de sifilíticos que habían quedado completamente calvos, es muy probable que se trataría de sifilíticos que tendrían asociada alguna lesión tricofítica del cuero cabelludo.

Sin embargo es á veces con esta única lesión, sin ninguna sífilide que á veces tenemos que diagnosticar la sífilis.

Hay dos formas distintas de alopecias sifilíticas: la sintomática y la idiopática.

La alopecia sintomática, no nos ocuparemos, porque no tiene importancia, desde que se trata de la caída de los pelos allí donde hubo una sífilide ú otra eflorescencia.

La alopecia idiopática, es la más frecuente y la que nos servirá para el diagnóstico de la sífilis.

Para diferenciarla de la anterior, es menester buscar alguna eflorescencia que haga caer el pelo.

Según la manera de presentarse la alopecia idiopática, se subdivide á su vez en otras dos formas:

1º. *La alopecia idiopática difusa*, es aquella en la cual el pelo cae en abundancia, pero en que á pesar de todo no se notan claros de mechones de pelos caídos, es la menos típica al diagnóstico

2º. *La alopecia en clariers ó en abras*, que es la alopecia típica y específica de la sífilis. Esta alopecia se muestra en el cuero cabelludo, en especial, en las partes laterales, en el frontal, temporal, occipital, en los que hay puntos blancos en los que no hay pelo.

Para tener una idea de estas dos formas de alopecias, se ha comparado la alopecia difusa con un bosque en el cual, cada 10 árboles se había secado uno, de tal manera que la falta aunque sensible no se notaría mucho, mientras que la alopecia en abras, se ha comparado á otro bosque en el se sacarían grupos de árboles adyacentes, en distintos puntos, la pérdida es muy fácil de verla por los claros que deja.

Suele aparecer una *alopecia mixta* en la que en las partes laterales del cuero cabelludo, aparece la alopecia en abras, y en las partes centrales y en el resto se presentaría la alopecia difusa.

El pelo principia á *perder su brillo* y tomar el aspecto del pelo muerto de las pelucas, pero es menester saber apreciar esta falta de brillo, por que no es tan intensa como en el favus.

Esta alopecia en claros puede observarse además del cuero cabelludo, en el bigote, en la barba, en las cejas, en el Monte de Venus, y en algunos casos en la totalidad de las partes pilares de la superficie cutánea.

Por orden de frecuencia están: 1º cuero cabelludo, 2º bigote, 3º cejas, 4º barba y 5º el resto pilar.

La alopecia en abras de las cejas, es tan característica que Fournier, la ha llamado *signo del omnibus* y que aquí mejor la llamáramos como *signo del tramway*, porque es tan clara que se vé á distancia.

En la cola ó en la parte media de las cejas, se vé un claro producido por un mechón de pelos que ha caído, esta falta es signo característico de la sífilis. En el bigote la alopecia se produce ó debajo de la ventana nasal ó en la punta.

Existe una forma especial de alopecia en abras y es *la pseudo-pelada*, en que por reunión de varias abras adyacentes, han dado lugar á una abra muy grande, que hace asemejar mucho á esa alopecia especial que llamamos *pelada*, y de la cual hay que saber no confundir, porque la pelada, no es alopecia sífilítica.

Lo mismo sucede que, después de padecimientos muy graves y agudos, como sucede después de una *tifoidea* aguda, el pelo se cae abundantemen-

te. Lo mismo sucede después *del parto*, y así vemos que muchas amas de leche, son despedidas de una casa, porque *el ojo observador del padre del mamón* ha descubierto la sífilis de su ama por la caída del pelo en abundancia!!! y no sabe que uno ó dos meses después del parto, la mujer sufre una alopecia difusa, pero que nunca es la alopecia en abras típicas de la sífilis.

La alopecia de los tuberculosos, es una caída difusa de los pelos, en el último grado de la tuberculosis.

Sin embargo se puede confundir la alopecia de la *pelada*, con la de la *pseudo-pelada*, pero se distingue porque en *la pelada* en general, es un claro, dos ó tres á lo más, pero grandes, y la superficie de la piel es blanca y lisa, es atrófica, es un aspecto verdadero de bola de billar; además como á la piel le falta su tonicidad, esta tiene arrugas. Esto al contrario no se ve en la *pseudo-pelada*. Además en la *pelada* los claros tienen una periferia bien marcada, entre los pelos sanos y lo caído, mientras que en la *pseudo-pelada*, alrededor de los claros, existe una alopecia difusa que se generaliza, y en las partes laterales son más numerosos los claros ó abras que en la *pelada*; casi todo el resto del pelo es flojo y sin brillo, lo que no se vé en la *pelada* pues en ésta se presenta sano y brillante.

Además en la *pelada* el pelo, cuando crece, aparece sin color y solo más tarde, se renueva su tinte antiguo; esto no sucede en la *pseudo-pelada*.

Así que si nos fundamos en los antecedentes del enfermo, y si en su cuerpo no hay otro síntoma

que la alopecia en abras. podemos sin embargo sentar el diagnóstico de sífilis. ¡tan importante es saberla reconocer!

Esta alopecia sífilítica es sumamente incómoda, desde que los mismos enfermos saben que el vulgo al que se le cae el pelo sin causa otra visible, lo declara por lo menos sospechoso de sífilis: á ellos pues les interesa saber si el pelo que se les cae lo van á perder para siempre, y por eso interpelan al respecto al médico, y nosotros siempre debemos insistir que eso es curable, que no es sino una alopecia pasagera.

Es natural que si antes de tener sífilis el enfermo tenía seborrea del cuero cabelludo, esta podrá influir algo en la esfera de su acción que es la parte central, pero no en la periferia donde vuelve al estado normal.

El tratamiento indicado, contra la alopecia sífilítica es el tratamiento general. Aunque no se conoce la manera íntima de producirse la alopecia, sin embargo es de suponer que el pelo se intoxica con las toxinas sífilíticas, disminuyendo así la vitalidad de las pápulas pilares, y si bien esta intoxicación se realiza desde el principio de la infección general, sin embargo la alopecia no se manifiesta nunca antes de los cuatro meses de la infección, y sucede aquí como con las plantas en que llegado el otoño, la vitalidad general está disminuida, y las hojas debrian de golpe caerse, sin embargo, no se caen hasta que estén secas del todo.

Nunca hemos visto alopecia con roseola, pues solo á los 4 ó 6 meses después de la infección,

aparece la alopecia. Esta alopecia puede tardar y faltar por tardanza del tratamiento. Si no tratamos, al cuarto mes aparece la alopecia.

Puede verse al cabo de un año la alopecia difusa, y muy raro es verla al cabo de dos años; pero lo general es observarla después de los 4 ó 6 meses de la infección.

Sifilides mucosas

El estudio de las sifilides mucosas ha sido un poco descuidado, y así con el nombre *de placas mucosas*, se apellidan todas, las eflorescencias de las mucosas, aún á las pápulas de las mismas: *con razón Fournier*, combate este modo de pensar, y sostiene que si á las sifilides de la piel se han establecido clasificaciones para su mejor estudio y diagnóstico, no encuentra el porqué, no se hace lo mismo con las sifilides mucosas.

Es por eso que el nombre de *placas mucosas*, tiende á desaparecer, y ya se ha establecido, basándose en sus caracteres diferenciales, *una clasificación de las sifilides mucosas*, que comprende á los 4 grupos siguientes:

1^o *Sifilides erosivas*, 2^o *sifilides pápulo-erosivas*, 3^o *sifilide pápulo-hipertrófica*, 4^o *sifilide ulcero-sa*.

Estas sifilides mucosas tienen mucha importancia por los siguientes caracteres que las distinguen:

1^o. *Las sifilides mucosas recidivan con facilidad*, y es la lesión más frecuente de la sífilis,

y aparece ya espontáneamente ya bajo la influencia del tabaco ú otra sustancia que irrita á las mucosas.

2º. *Las sífilides mucosas no son autoinoculables.* Este carácter es importante y sirve para establecer el diagnóstico diferencial con el *chancre blando* que se le asemeja, sobre todo si la *sífilide mucosa es ulcerosa*.

Pero si bien las sífilides mucosas no son inoculables al individuo en que están, lo son y en alto grado para los individuos sanos, y como las sífilides mucosas están bañadas constantemente, ese líquido mucoso arrastra consigo los gérmenes de la sífilis é infesta á los demás con una frecuencia que no la tiene el chancre mismo, ya voluntariamente por el coito ó involuntariamente, por el beso ó el mate.

Podemos decir con seguridad que las sífilides mucosas son las originadoras, de la mayoría de los casos de sífilis adquiridas.

Y parece muy raro que hasta la mitad del siglo pasado se hubiese pensado precisamente todo lo contrario, pues creían que las sífilides mucosas no eran contagiosas, y fué necesario que *Ricord* que fué el que adelantó más el desarrollo del estudio de la sífilis, se levantara contra esa falsa creencia, y que por el contrario dijese que se tuviera como el medio de contagio más peligroso: *los brutos no cambian de opinión*, decía.

Estas sífilides mucosas, se pueden ver ya al principio con los síntomas de infección general, ya 1, 2, 4, 8 años después de la infección, siempre en estado de contagiar: *es por eso que cuan-*

do vemos á un sífilítico con placas mucosas, debemos prevenirle que eso va á infestar á lo demás.

3º. *Otro de los caracteres generales, son su fácil curabilidad; no hay ninguna sífilide cutánea que desaparezca más pronto que esta bajo un tratamiento ya general ó local: el tratamiento local es de acción más poderosa que el general, y también las irritaciones locales como el cigarro es muy malo, así el tratamiento local es muy bueno.*

Estudiados estos caracteres generales, restanos asemejar estas sífilides á sus congéneres cutáneas.

Así la sífilide mucosa erosiva es igual á la roseola sífilítica: la sífilide mucosa pápulo-erosiva es igual á la sífilide papulosa: la sífilide pápula-hipertrófica igual á la misma cutánea: la sífilide mucosa ulcerosa, igual á la sífilide ulcerosa superficial. Vamos á estudiar los cuatro grupos que constituyen la clasificación de las sífilides mucosas, en cada aparato de la mujer y del hombre.

Sífilides mucosas

del aparato genital de la mujer

Indudablemente que hay más enfermos sífilíticos hombres que mujeres, pero es también cierto que las sífilides mucosas genitales son más frecuentes en la mujer que en el hombre: *Circunstancias anatómicas y fisiológicas, explican el porqué.*

Si bien en el hombre aparecen algunas pápulas, éstas están maceradas lo mismo que en la mucosa genital de la mujer: sin embargo, es una mucosa más pequeña la del glande, de allí mayor facilidad de parte de la mujer para tener estas sífilides mucosas, porque la maceración es también mucho mayor. A pesar de todo en los hombres gordos, que sudan mucho, suelen aparecer unas sífilides iguales á las mucosas, pero también la piel en ellos está continuamente macerada por el sudor.

La razón de por qué las pápulas, etc., desarrolladas en las mucosas, no son iguales á las de la piel, está en que los líquidos de la mucosa, bañan constantemente las pápulas secas y las hacen erosivas; quedan maceradas.

En la mujer existen con la misma frecuencia, en el aparato genital lo mismo en la axila, debajo de los pechos, en las mamas colgantes, en las cuales el sudor no se evapora y macera á la piel, que tiene el aspecto de mucosa.

1.ª. Sífilide mucosa erosiva.—Esta sífilide es una simple erosión, á veces tan ligera, que es difícil de hacer el diagnóstico con exactitud, porque ella no suele tener los caracteres muy claros. Esta sífilide suele presentarse en la parte interna de los labios, como una erosión redonda del tamaño de una lenteja, pudiendo á veces por la multiplicidad de las erosiones, fusionarse y formar líneas irregulares, y el diagnóstico es difícil de establecer.

La sífilide erosiva se puede ver en los grandes y pequeños labios, en el cuello del útero, pero

en las paredes vaginales es raro ver sífilides erosivas, así como otras lesiones venéreas. Así la vagina parece difícil de ser atacada en la sífilis ó en la blenorragia y en ésta las vaginitis son raras, salvo que se trate de mujeres jóvenes, que más amenudo se ven.

Estas sífilides erosivas corresponden á lo que en la piel llaman sífilides maculosas ó roscola sífilítica, son de un color rojizo igual al jamón, y en los labios, por reunión de erosiones, suelen verse líneas serpiginosas.

Esta forma de sífilide mucosa erosiva, es una de las más frecuentes y también de las más peligrosas, porque la mujer no las percibe, y si las vé, no le dá ninguna importancia y sigue infectando.

2º. *Sífilide mucosa pápulo-erosiva*. — Se presenta en los mismos puntos que la anterior, ya en la matriz ya en la vulva.

Las pápulas son de superficie erosiva, rojiza ó grisácea, y cuando es muy blanca y nacarina, se la llama *sífilide difteróide* la cual es una verdadera escara de la mucosa, mientras que cuando tiene una coloración rojiza es una verdadera pápula, que puede llegar á ser hipertrófica á veces.

Estas formas de sífilides son más frecuentes de lo que se creía, y esta mayor frecuencia no se nota porque al revisar una mujer no se le revisa siempre el aparato genital pero si se hace un exámen metódico, se encontrarán muy amenudo en el cuello del útero y en la vulva, fuera que muchas veces la mujer tiene un flujo

muco-purulento que antes no tenía, pero que está en relación con las pápulas erosivas.

3º. *Sífilide pápulo-hipertrófica*. — Esta variedad que comunmente llamamos *condiloma plano*, es una variedad que el médico vé con alguna frecuencia, porque la mujer al ver estas eflorescencias, se asusta y consulta enseguida á su médico, mostrando de intento su aparato genital. El condiloma plano se puede observar, entre los mismos labios, en los alrededores de los labios, del ano, de la axila y debajo de las mamas.

Los condilomas planos son frecuentes en la mujer, porque la piel ó mucosa de esas regiones están expuestas á maceraciones continuas. Son pápulas gigantes é hipertróficas. Es por eso que al examinar á un enfermo y nos remontamos al hueco axilar para buscar alguna pápula lenticular, sea en la mujer ó en el hombre, *no la podemos encontrar* porque debido al aumento de la secreción sudoral de esa región, la piel fisiológicamente defendida por el barniz de sustancia sebácea que contrarresta á la secreción normal del sudor, se deja irritar en este caso por un aumento constante del sudor, que la macera, y la pone al estado de una mucosa.

Entonces si en una piel que está así macerada, aparecen sífilides papulosas, éstas que están en un medio húmedo é irritativo, bajo esa acción irritativa constante, tienden á crecer y á hipertrofiarse, de tal manera que en vez de ver pápulas, encontramos *condilomas planos*.

Es por esta razón que en la mujer, en las regiones que ya citamos es más frecuente la sífili-

de pápulo—hipertrófica, y es por esa misma razón que en los hombres que sudan mucho, en los alrededores de las bolsas, el ano, y de la axila se observan con frecuencia los condilomas planos.

Pero puede suceder que en estas sífilides, su centro se ulcere y tenemos entonces la sífilide pápulo—hipertrófica ulcerosa, que tiene gran diferencia con la sífilide ulcerosa mucosa.

4.^a. *Sífilide ulcerosa*. — Esta sífilide ulcerosa mucosa, es la que corresponde á la sífilide ulcerosa superficial de la piel. Se sitúa generalmente entre los labios, en los alrededores de la vulva, cuyo número de ulceraciones es de 4 ó 5 en general, á veces son múltiples, y la profundidad de estas ulceraciones no es muy grande, pero es algo mayor que la de las sífilides ulcerosas superficiales del cutis.

Así en la mujer más que en el hombre, se produce de golpe una ulceración que avanza rápidamente en extensión más que en profundidad, pero cuyo tamaño máximo es el de una moneda de nickel de 0.20 centavos, pudiendo cuando hay varias y adyacentes, fusionarse dando líneas irregulares serpiginosas.

Esta sífilide mucosa ulcerosa, aparece en el aparato genital de la mujer, al mismo tiempo que en el resto del cuerpo existen sífilides papulosas ó sífilides ulcerosas superficiales.

El *diagnóstico* de esta sífilide tiene mucha importancia, porque ella ha dado lugar á confusiones, y es por un error de diagnóstico que hizo persistir la Escuela Unicista que creía que chancro blando y duro es lo mismo, porque confun-

diéndose como lo hacían el chanero blando y la sífilide ulcerosa, que están en los mismos puntos, veían infestarse con una sífilide manifiesta, pero el causante no era el blando, sinó la sífilide ulcerosa que tiene virus sífilítico, y de allí, que siguiesen creyendo en la *unicidad* de los dos chancros.

Los caracteres diferenciales entre chanero blanco y sífilide ulcerosa, son:

1º. El chanero blando es más frecuente y numeroso, principia por una úlcera pustulosa *matre*, que desparrama el pus, é infecta sus alrededores dando lugar á úlceras *hijas*, más pequeñas, es decir los chancros blandos viven en familia, y si observamos á una úlcera chanerosa chica que es la que tiene más visible los caracteres objetivos, veremos que es una ulceración muy profunda, de bordes tallados á pico: mientras que en la sífilide ulcerosa, el borde se pierde, la profundidad es pequeña y tiene la periferia indurada.

2º. El fondo de la úlcera chanerosa es irregular piógeno, mientras que el de la sífilide ulcerosa, es liso y uniforme.

3º. Además en las sífilides ulcerosas no se vé en sus alrededores infartos ganglionares, mientras que el chanero blando es muy difícil que no tenga su infarto ganglionar satélite y flegmático; en la mujer ya dijimos el porqué no se presenta con frecuencia el infarto, pero si este viene, no se trata ya de una sífilide ulcerosa.

4º. A la sífilide ulcerosa acompaña, generalmente un eritema-intértrigo, debido á la macera-

ción de la piel y á la acción irritante del sudor, de esas regiones. Esto no se vé en el chancre blando.

«*Tratamiento*». — En esta sífilis el tratamiento *general*, unido al *local*, sobre todo, sorprende por la rapidez de su acción curativa. Y no hay sífilis que reaccione más fácil que estas sífilides mucosas, aún las ulcerosas.

Todo el *tratamiento local*, consiste en mantener el lugar en un estado de asepsia y sequedad posible.

La asepsia se consigue con abluciones de bicloruro de Hg. de ácido fénico y aún con agua aséptica que lava muy bien.

La sequedad, viene después de la asepsia, y no siempre es fácil; se usa para esto algodón que seca bien los lavages anteriores, y después se coloca una mecha de algodón hidrófilo que si se agrega á su poder absorbente, el de polvos inertes absorbente como Oxido Zinc, talco de Venecia, almidón, la sequedad se mantendrá bien, sobre todo si se repite este tratamiento varias veces, obteniéndose así con este tratamiento local unido al general, resultados verdaderamente sorprendentes.

Las soluciones de NO^3 Ag. son muy buenas, porque antiseptizan y modifican á la región. *No hay necesidad de cauterizar*, aunque sean condilomas planos grandes, porque el tratamiento que ya describimos tiene una influencia curativa manifiesta, lo mismo en las pequeñas como en las grandes sífilides mucosas genitales.

Sifilides mucosas

del aparato genital del hombre

Las formas de las sifilides mucosas en el hombre, son las mismas que las que acabamos de estudiar en la mujer, con la diferencia que en el hombre son mucho menos frecuentes que en la mujer, por las razones que ya expusimos anteriormente, de que los flujos, sudor, etc., son más abundantes en la mujer, de allí mayor frecuencia de la maceración que es la causa originaria de estas sifilides mucosas.

Existen también cuatro variedades de sifilides mucosas genitales:

1º. *Sifilide erosiva*. — La sifilide mucosa erosiva, suele situarse con alguna frecuencia en el glande, donde pueden verse erosiones desde el tamaño de un grano de mijo al de una lenteja. Esta sifilide erosiva, es una erosión sin caracteres típicos diferenciales con los de otras especies. Dos de los caracteres que inducen en hacer pensar de que se trata de *una sifilide erosiva, es por una parte*, la agrupación de varias erosiones, y *por la otra*, sobre todo, la aparición simultánea de esta agrupación de erosiones con otras sifilides típicas en el resto del cuerpo. Si se observa bien en los enfermos con prepucio largo y fimótico, esta sifilide erosiva acompaña á la aparición de la roseola ó de las sifilides papulosas primarias, y si son muchas las sifilides erosivas, se complica con una balano-postitis.

Desde el momento que los sífilíticos no sienten ningún síntoma subjetivo alguno, podría pasar desapercibida la aparición de estas sífilides, y es importante que el médico advierta al enfermo que se fije en su glande y prepucio si vé aparecer esas erosiones, previniéndole que son eminentemente contagiosas.

2º. *Sífilide pápulo-erosivas*. — Es frecuente en el glande y en el prepucio y á veces en el escroto, ver, la aparición de pápulas lenticulares con una pequeña pustulita, que después al caer queda una superficie erosiva.

3º. *Sífilide pápulo-hipertrófica*. — Indudablemente de todas las sífilides mucosas, la que más frecuente se ve en los consultorios, es la sífilide pápulo-hipertrófica, no porque en realidad sea la más frecuente de todas, sinó porque tratándose de eflorescencias muy visibles, el enfermo las nota y consulta al médico, de allí que éste note mayor frecuencia de casos.

Estas sífilides pápulo-hipertróficas ó *condilomas planos* como también se las llama, se observan generalmente en el surco balano-prepucial, en el glande, en el prepucio, en el escroto, en el surco inguino-escrotal, y en las márgenes del ano.

Son pápulas gigantes de superficie rojiza, y según el agregado de gérmenes externos y la maceración, puede añadirse á la pápula una supuración que la cambie de aspecto. Estas sífilides pápulo-hipertróficas no pueden confundirse con las sífilides pápulo-lenticulares, porque aquellas son más grandes más extensas y más altas que

éstas. A veces aparecen estas sífilides al mismo tiempo que la roseola, y así vemos condilomas en el ano, prepucio, glándes, etc.

4.^o. *Sífilides ulcerosas*. —Estas sífilides ulcerosas en el hombre, se pueden presentar en el aparato genital, dando líneas serpiginosas, semi-lunares, en herradura y reniformes. *Esta agrupación especial de las sífilides ulcerosas*, fuera del síntoma de la induración constituyen el carácter principal de las sífilides ulcerosas.

Se trata de una ulceración muy superficial y más superficial aún que las sífilides ulcerosas cutáneas: esta ulceración puede ganar en extensión, ulcerando por la periferia y cicatrizando por el centro.

El tratamiento, sea específico ó local ó general, hace desaparecer con rapidez suma, á estas sífilides mucosas. Y si como ya dijimos tratamos de mantener *la antisepsia local* en el mejor estado y si añadimos á esto, un constante *deseccamiento regional*, habremos realizado *el tratamiento local*.

La antisepsia local la efectuaremos con lavages de bicloruro, ácido fénico, agua aséptica, y después *la desecación* principiará por secar bien con algodón hidrófilo, y después dejar en esa región una mecha de algodón empolvada de polvo de talco de Venecia, almidón, etc. Repitiendo varias veces esta doble operación añadiendo un tratamiento general, veremos desaparecer con rapidez, estas sífilides mucosas, y aún las formas más exuberantes de los condilomas se curarán así ante el asombro del mismo enfermo que lo creería imposible.

Cuando estas sífilides en especial las erosivas *se completan con una balanitis*, conviene que los lavados del tratamiento local ya indicado, se hagan con una solución débil de $\text{NO}^3 \text{Ag}$, que modifica eficazmente la balanitis.

Son pues con lavages de esta solución modificadora combinadas con desecación permanente que curaremos esta complicación incómoda.

Sífilides mucosas bucales

Son las sífilides mucosas bucales, las más frecuentes y más recidivantes de las sífilides y en un sífilítico desde el primer mes de su sífilis, hasta su fin, deberemos siempre ver bien su boca, para poder descubrir estas sífilides, que pasan desapercibidas sobre todo si no fuma, y así las veremos aparecer con la roseola y 6, 7, 8 años después, podemos aún observar la misma forma de sífilide mucosa, y ésto tiene mucha importancia por su rol contagioso y si ese individuo quiere contraer matrimonio, es menester advertirle que si tiene esas sífilides, con la mayor facilidad é inocencia, su compañera compartirá de los tristes frutos de su enfermedad.

Las sífilides mucosas bucales, suelen situarse de preferencia sobre las *amígdalas*, en la lengua y en los labios, é indistintamente en el paladar óseo, en el velo del paladar, en los carrillos, etc.

Se explica fácilmente la preferencia de las sífilides mucosas en las amígdalas, por la movili-

dad constante en la deglución y por la cantidad de microbios patógenos y saprofitos que viven normalmente en su superficie.

Después la sífilide mucosa, de la amígdala pasa á los pilares.

Divisiones.— Entre las variedades de sífilides mucosas bucales se cuentan:

2° *Sífilide mucosa erosiva*—Esta variedad de *placas mucosas bucales* es la sífilide bucal más frecuente, y se presenta de preferencia, en las amígdalas, en los labios, en la lengua, del tamaño de una lenteja ó algo menos, y de un color *rojizo* ó bien *grisáceo*, semejante á una placa diftérica. Esta sífilide erosiva no tiene ningún signo que la caracterice de un modo típico.

Si bien es cierto que no hay ningún signo que por vía objetiva permita diagnosticar la sífilis, no es del todo exacto lo que dice Fournier, de que es imposible por las placas mucosas, diagnosticar la sífilis, y nos dice el doctor Sommer que para él una placa mucosa iniciante no podrá suministrarnos elementos para hacer el diagnóstico, pero una placa adulta puede decirnos si es ó no sífilis.

Estas sífilides mucosas erosivas se pueden ver aparecer juntas con la roseola sífilítica, y es la forma que reincidirá con más frecuencia, apareciendo siempre después de muchos años. Son simples descamaciones epiteliales (erosión), lisas, ligeramente leoposa, y esta placa se extiende en napas más ó menos extensas. Una de las variedades de las sífilides erosivas, es la *sífilide depilante*, ó sífilide tonsurante, esta ataca á las ca-

pas epiteliales más superficiales, y la principal lesión es la desaparición de las papilas rojizas en granitos que normalmente están en la lengua y dejando en su lugar una placa lisa de superficie congestionada sin papilas, de forma redondeada y del tamaño de una semilla de cáñamo á la de un garbanzo. Fournier la llamaba *placas lisas ó sifilides mucosas secas*. Siempre se vé que estas sifilides erosivas depapilantes, están formadas por placas bien limitadas y circunscritas y que no hay que confundir con la *glositis erosiva marginada*, que no tiene nada que ver con la sifilide y que está en relación con alteraciones intestinales que acarrean esas lesiones linguales, es lo que se llama también el *rassch errático* ó la *glosodynia exfoliativa de Kaposi*, en la que hay también como en la sifilide depapilante caída de las papilas, presentándose la lengua con su centro más liso y en su periferia lo que es su característica, hay un *cordón nacarino blanquíceo* alargado como los bordes laterales de la lengua donde se implanta, y el cual no se ve nunca en las sifilides. Además es una afección ambulante, no queda en el mismo sitio, pero no desborda de los bordes laterales.

2º *Sifilides pápulo-erosivas*.—En esta forma de sifilide mucosa bucal, la pápula que es más ó menos lenticular, debido á la maceración, continúa; la superficie en vez de ser seca se erosiona, y debido á la acción irritante de la maceración, las pápulas se hacen más extensas, circulares, oblongas y alargadas, sin tener un límite marcado como lo tienen las sifilides papulosas de la piel.

Esta sífilide papulosa puede observarse en cualquier parte de la boca, pero en general en el dorso de la lengua, en las amígdalas, paladar y en los labios y aquí suelen situarse en el límite de la mucosa con la piel, de tal manera que la pápula está mitad en la piel y mitad en la mucosa, teniendo cada mitad el aspecto que le corresponde, de tal manera que la mitad cutánea es pápulo-costrosa y la mitad mucosa debido á la maceración es sin costra y erosionada. Otras veces en los labios las pápulas están en líneas, las pápulas se agrietan y dan *pápulas fisurales* que son debidas al movimiento continuo. Esta variedad hay que saberla diferenciar de otra variedad que los franceses llaman *Perlesch*, y que se ve en los niños, y que se caracteriza por la falta de induración.

3º *Sífilides pápulo-hipertróficas*. — Se pueden ver en el velo del paladar, en los labios, formadas por pápulas que se hipertrofian y que á veces se pueden ver estender de una amígdala á la otra; además se ve que á pesar de la exuberancia del volúmen de la pápula no hay alteraciones funcionales que estén en relación con ese volúmen.

Se ven además en los labios, en la parte mediana y dorsal posterior de la lengua y en sus partes laterales.

4º *Sífilides ulcerosas*. — Existen sífilides mucosas de *aspecto diferóideo*, y esto es ya una pápula que tiene en su superficie una cubierta gris blanquizca, que no es más que la cubierta epitelial macerada y que le dá ese color; otras veces las

sífilides papulosas erosivas, por un tratamiento local irritante se ulceran y se transforman en una sífilide ulcerosa, que tiene también un aspecto difteróideo.

Es importante establecer *el diagnóstico diferencial* de estas sífilides con la difteria y demás enfermedades confusibles.

Con la difteria.—Suceden en la práctica diaria errores de diagnóstico en que las placas mucosas grises han sido tomadas por los médicos por placas diftéricas, no solo por la igualdad de coloración sino también por la coincidencia á veces de fiebre y otros síntomas generales de intoxicación que hacían creer en difteria. En general estos síntomas generales en la sífilis no se presentan, pero el error como digo es fácil si se presentan y si vemos algunas en partes ganglionares vecinas que aumentarían la probabilidad de difteria.

Puede suceder que un sífilítico tenga una difteria clara. Pero en general el diagnóstico *de visu* son las placas y buscar así la diferencia, entre las dos afecciones, basándose en la dificultad de despegar la placa, son signos que no sirven para el diagnóstico diferencial entre la difteria y la sífilis, y solo la presencia del bacilus de Loeffler, en el microscopio truncará la cuestión.

Con la estomatitis mercurial se puede confundir pero se reconocerá porque ésta se sitúa generalmente detrás de la última molar, y la encía está inflamada: úlceras se presentan en el borde libre de la encía dentaria: al mismo tiempo se ven debajo de la lengua, zonas rojizas inflama-

torias muy dolorosas, en formas lineares no redondeadas, todo debido á la estancación de la saliva mercurial en esa región y maceración é inflamación consecutiva á ella. Hay dificultad para tragar, y un olor fétido típico de la estomatitis. Todos estos caracteres de la estomatitis consecutivos al tratamiento mercurial interno por la sífilis ó por pediculis pubis, no se ven en las sífilides mucosas rojizas, de allí la diferencia.

Con las aftas. — Estas aparecen siempre en una cantidad más ó menos grande de golpe, con su aureola rojiza inflamatoria muy dolorosa que la distingue de la sífilide erosiva.

Además las sífilides tienen un mismo nivel de destrucción, no hay depresión central, mientras que en las aftas sí tienen esa depresión central.

Con lesiones linguales dentarias. el roce de la punta de la lengua y de sus bordes laterales, con dientes en mal estado, determinan erosiones linguales que pueden falsear á las sífilides erosivas.

Con el liquen rojo, es blanquizeo, chagriné, no aparece tan ligero. Y así otras más difíciles de recordar.

Tratamiento.—El tratamiento que más se impone es el tratamiento local. Eliminar todo aquello que irrita, que no fume, etc., y esto no por la sífilis sino por el *signo de leucoplasia*, que más tarde veremos como termina en epitelioma esta lesión.

La mala dentadura, el abuso del alcohol y del tabaco favorecen el desarrollo de las sífilides mucosas, así que hay que remediar evitando estas causas.

El tratamiento local es la *cauterización con intervalos* y no continua; en general es el $\text{NO}^3 \text{Ag}$, ó si se trata de casos muy rebeldes, usaremos el ácido crómico, el nitrato ácido de mercurio, pero en general debe preferirse el $\text{NO}^3 \text{Ag}$, y este en solución concentrada al 50 $^{\circ}$ /₁₀₀, que es mejor que el lápiz.

Para usar la solución argéntica, se toma un palo de lapicera, se envuelve un hisopo en la punta, se sumerge, en la solución cáustica, y después, antes de aplicar, se seca con la otra mano el hisopo entre dos algodones, para evitar que si hay demasiado líquido, pueda en el curso de la aplicación, que caiga una ó más gotas en la laringe que determina el acceso laríngeo, con el susto ó á veces un espasmo de la glotista fuerte que puede acarrear la muerte.

Exprimido el hisopo para evitar el inconveniente anterior, se toca lo que está enfermo, no lo sano porque lo irritaría, y después cada 2 ó 3 días, se vuelve á repetir este toqueteo y así cauterizando por intervalos, se llegará á curarse de las sífilides bucales, de contagio tan inmenso; pero si el enfermo cree que cauterizando más continuo, se curará más pronto, está en un error, porque irritaría cada vez más, y complicaría más que curaría, y es así como una sífilide papulosa bucal, al ser continuamente cauterizada, puede transformarse en sífilide ulcerosa.

Sífilides terciarias

La manifestación de la *sífilides secundarias*, que hemos estudiado anteriormente, con todas sus

variantes, roseola, pápulas, úlceras y derivados que aparecen en la piel y en las mucosas, se suceden alternativamente en un lapso de tiempo que tiene que ser limitado, é iniciándose al mes, mes y medio de la aparición del *chancre*, con el accidente satélite que es el *infarto ganglionar*, la *sífilide secundaria*, termina en un lapso medio de tiempo que se señala en dos años de manifestaciones, lapso de tiempo que puede ser más corto ó más largo y que enseguida dá lugar á un nuevo período de la evolución sífilítica, que es la *sífilis terciaria*, cuyas manifestaciones pueden verse á los 2, 3, 5, 8, 10, 20, 55 años de la infección sífilítica, lo que quiere decir que no tiene límites este 3er. período de evolución de la sífilis.

No se conoce así el límite mínimo de este período, ni el máximo, y no está sugeto á ninguna regla, tampoco pues no podemos saber un término medio de duración de este 3er. período, pero sí sabemos, que hay un período de tiempo de la sífilis 3ª que se ha señalado al 7º año de la evolución de la sífilis, en el cual la sífilis 3ª se muestra con mayor malignidad en sus manifestaciones.

Así pues que siempre que se dé por curado á un sífilítico, se deberá decir más bien que está en la sífilis 3ª.

No existe aún, ningún medio en absoluto, para poder asegurar que un sífilítico está curado, existe solo probabilidad de curación.

Existen sin embargo casos evidentes en que prueban que un sífilítico puede curarse, y así los casos de duplicidad de la sífilis en un mismo individuo teniendo ambas toda la evolución de la enfermedad, prueban que para que el individuo vuelva á tener una 2^a sífilis con chancro, sífilides ó gomas, es necesario que haya sido curado de su primera sífilis, no hay vuelta que dar, pero de estos casos concluir que todos los demás sífilíticos puedan curarse, está lejos de aceptarse.

¿En qué se diferencia la sífilis 3^a de la sífilis 2^a?

Ya hemos visto que la sintomatología de la sífilis 1^a y la sífilis 2^a es demasiado clara para ser confundida, pero cuando se trata de distinguir la sintomatología entre la sífilis 2^a y 3^a la diferencia no es más clara.

Pues hay síntomas de la sífilis 3^a que se encuentra también la sífilis 2^a y viceversa. Una sintomatología bien marcada no hay. Pero se debe buscar en algún lado las diferencias. Así vemos que la sífilis 3^a es la que ataca de preferencia á los órganos internos, á excepción de los accidentes de la infección general, fiebre, cefalalgia, las ostealgias, mialgias, las iritis sífilíticas que son también dependientes de lesiones de los órganos internos, y sin embargo son accidentes pertenecientes á las sífilis secundarias.

La sífilis es una inflamación neoplásica, no es una inflamación franca, con sus cuatro síntomas, calor, dolor, rubor, tumor, le falta algunos de estos síntomas, es una inflamación neoplásica que terminan *en esclerosis*, pero es una esclerosis

especial distinta á las demás esclerosis vulgares, pues aquellas se reabsorben y desaparecen mientras que las que no son sífilíticas quedan y aumentan cada vez más.

La iritis sífilítica, es una lesión que aparece en la sífilis secundaria, pero que se continúa en la sífilis 3^a, de modo que pertenece también á la sífilis terciaria. La iritis sífilítica consiste primero en cambio de coloración, y como todo órgano inflamatorio, pierden su elasticidad y su movilidad, el color es más opaco y mate que el sano; el iris cambia de tonus, pues hay una falta de movilidad de pupila, no se produce la miosis á la luz; pero al mismo tiempo que hay las iritis sífilíticas hay iritis plásticas porque da una exudación que se presenta con mayor frecuencia en la cara posterior del iris, pero como esta cara descansa en la cápsula del cristalino, y entonces es cuando ha pasado la inflamación y que el iris debería reaccionar á la luz y no debería quedar adherido al cristalino y de allí que como esos exudados pueden organizarse, y pueden formar adherencias, hay que hacer desde un principio, la aplicación de un colirio con el bisulfato de atropina en solución, que instalando una ó dos gotas por día, por su acción midriática, hace mover al iris é impide su adherencia al cristalino. Al mismo tiempo se hace tratamiento interno. Pero como el enfermo desde un principio se abandona y ya se tenían adherencias que la atropina las vence más fácilmente, que dan después de desaparecer las iritis unos puntitos negruzcos que no desaparecen más. lo mismo suele suceder que

una parte de las adherencias irido-cristalinas, no se vencen, é impiden la movilidad de ese punto del iris adherido y la pupila se deforma.

Pero esto no es todo lo que constituye la iritis, pues además de la opacidad, pérdida de la reacción miótica-midriática, deformidad de pupila, y una fotofobia intensa, que puede acompañarse de un dolor intenso que indica la complicación de una iritis con *ciclitis*, que es una inflamación del músculo ciliar, que se traduce pues con un dolor punzante muy agudo, y tiene una irradiación supra-orbitaria que es muy intensa y continua, esto es lo que constituye la afección llamada *irido-ciclitis*. Pueden existir otras afecciones oculares que más tarde veremos.

Sabemos por otro lado que en la sífilis en general, cuanto más próximo es un síntoma á la infección, la lesión es más superficial, y así vemos que la roseola sífilítica que es el síntoma más reciente de la infección sífilítica, es también la lesión más superficial, y si después nos remontamos á otras sífilides más tardías como las sífilides papulosas, sífilides ulcerosas, la lesión es más profunda que la anterior y así cada lesión más lejana la lesión es más profunda y de allí que en la sífilis 3^a, las alteraciones son más profundas que en la sífilides 2^a, y *el dermis está siempre alterado*.

Entre las manifestaciones 3^a de la sífilis, está la sífilide tuberosa ó sífilide gomosa ó goma sífilítica.

Goma sífilítica. — Ha recibido este tumor sífilítico, el nombre de *goma*, porque tomado en-

tre dos dedos, se tiene la sensación de una bola de goma elástica.

La sífilis 3^a difiere además no solo por su modo de alteración, sino también por su marcha y evolución.

Además las sífilides secundarias, desaparecen casi todas sin tratamiento, espontáneamente, sin curarse, y así la roseola y la pápula sífilítica pueden pasar desapercibidas por el enfermo que no las vé ni las siente desde que no dan síntomas subjetivos algunos, de allí que muchos enfermos dicen que no han tenido nunca nada: el rastro de pigmentación que deja desaparece por reabsorción también.

Mientras que en el goma sífilítico, al revés hay tendencias á la ulceración y destrucción, y en efecto, el tumor una vez bien desarrollado, principia en su centro á resblandecerse, debido á la degeneración caseosa y grasa de los elementos celulares centrales, reblandecimiento que tiende á invadir á la periferia del tumor, pero ésta se resiste en reblandecer y permanece indurada, dando la sensación de un anillo periférico indurado.

Así pues la tendencia natural del goma sífilítico, es reblandecerse en su centro por caseificación centrífuga, y como toda degeneración tiende á eliminarse al exterior, así también el goma al desarrollarse, levanta la superficie, la piel se ulcera, se abre, y deja salir un pus que no es cremoso, que no se vacía completamente, porque tiene aún las paredes duras que deben más tarde reblandecer; no sucede como en el ab-

ceso, que cuando está bien supurado, es todo de sensación blanda y que por punción se puede absorber todo, en el goma queda aún el trabajo de reblandecimiento periférico, que al fin debe eliminarse también, y solo después de todo este reblandecimiento, es que aparece en las paredes el tejido de granulación cicatricial que rellenará al saco dejado por la eliminación del goma y la región quedará deformada. Pero si antes de ulcerarse y reblandecer el goma, que es un tumor con esclerosis vaso-intersticial, se aplica un tratamiento general y local, ablanda á ese tejido indurado y reabsorbe sus exudados crónicos.

Así pues el goma ulcerado deja cicatriz mientras que las sífilides secundarias no, salvo la sífilide ulcerosa superficial, que no deforma como el goma sífilítico.

El goma sífilítico, según su sitio se divide en: *gomas cutáneas y gomass subcutáneas*.

El goma subcutáneo, como su nombre indica, es el goma que se sitúa en el tejido celular sub-cutáneo.

Este *goma* abunda en los puntos donde abunda el tejido celular sub-cutáneo y de preferencia en las *nalgas* y en las *mamas* en la mujer, y aquí suele verse una nudosidad del tamaño general de un huevo de paloma y á veces un huevo de gallina, redondo ú ovoide; la piel al principio se desliza sobre él, sin tomar adherencias, si se toma al tumor entro dos dedos, dá la sensación de una goma, y el enfermo á veces siente un dolor no muy intenso; después ese tumor en su evolución ulterior se hace más superficial, empieza á casei-

ficar en su centro y se reblandece centralmente, mientras que en su periferia dá la sensación de *un anillo indurado*, que encierra *un reblandecimiento central*, y Kaposi una vez que se acercó á una mujer palpó un tumor de la mama, cuyo diagnóstico lo discutian y por los dos signos del tumor, *reblandecimiento central é induración anular periférica*, diagnosticó el caso, de goma sífilítico y esto es importante sobre todo para diferenciarlo con un carcinoma de la mama cuyo tratamiento quirúrgico es la extirpación total del seno, contra el tratamiento médico y seguro del goma sífilítico, pues la confusión es posible si no se busca los dos signos ya dichos.

El goma sub-cutáneo una vez reblandecido, se hace muy superficial, la piel entonces se adhiere allí, se pone rojiza y luego azulada y se abre después espontáneamente. Y cuando vemos á un individuo con un tumor que tiene fluctuación y los dos signos que hacen sospechar que es un goma, no se debe abrir con el bisturí como lo indicara otro absceso caliente piógeno.

El tratamiento médico basta y lo hace muy pronto reabsorber sin dejar rastros; pero si se interviene quirúrgicamente, el goma se infecta, se inflama, se deforma y de allí que la incisión está contraindicada. En cuanto *al número de los gomas*, diremos que cuanto mayor número hay de cada uno de ellos, el *tamaño* más es pequeño.

Cuando hay uno, dos ó tres gomas vecinos pueden reunirse formando líneas serpiginosas, ó en forma de riñón, media luna, segmento de círculo. A veces en una reunión de gomas de las

nalgas, abierta ya, se vé que hay una úlcera profunda.

Los gomas dérmicos, como su nombre lo indica son aquellos que se desarrollan en el dermis, son pues más superficiales que los anteriores *gomas sub-cutáneas*, y como el tamaño del goma, depende de la cantidad de tejido celular que se impregna, de allí que su tamaño tiene que ser mucho menor, no llegando á tener nunca el tamaño de una avellana ó huevo de paloma que es el tamaño medio del goma hipodérmico, ni menos aún al de un huevo de gallina que son más raros aún entre los mismos gomas sub-cutáneos y que pueden verse en las nalgas y en las mamas, donde hay mucho tejido celular sub-cutáneo. Es así que los gomas de la nariz son *gomas dérmicos*, porque allí el dermis y el tejido celular son tan escasos que se confunden. *Los gomas dérmicos* tienen la particularidad de que en su desarrollo si bien se originan en el dermis *se profundizan*, atacando así al tejido celular, mientras que los *gomas hipodérmicos*, tienden en su desarrollo á hacerse más dérmicos y más superficiales, y abrirse luego en la superficie ulcerada.

Úlcera sifilítica

La tendencia natural del goma sifilítico es reblandecerse en su centro y abrirse perforando la piel al exterior, en una palabra, en ulcerarse, en transformarse en *una úlcera sifilítica*.

Natural que si se interviene á tiempo con un tratamiento adecuado, se puede llegar á hacerlo reabsorber, sin transformarse en úlcera.

Las úlceras sífilíticas, pueden aparecer en cualquier punto del cuerpo, pero tiene también su predilección por tres sitios: para el *cuero cabelludo*, para la *cara* y para los *miembros inferiores*.

1º Úlceras sífilíticas del cuero cabelludo. — Cuando las vemos localizadas en el cuero cabelludo en general se trata de varios gomas que han ulcerado, rara vez se trata de un solo goma, y las úlceras ó quedan redondeadas ó forman líneas serpiginosas.

Sin embargo estas úlceras del cuero cabelludo tienen caracteres propios que las distinguen de las demás.

Aparecido el reblandecimiento central del goma, éste tiende á destruir y ulcerar los tejidos supra-adyacentes con cierta rapidez, y se vé que los bordes aunque indurados se van levantando y agrandando así en extensión, y en profundidad llegan hasta la aponeurosis epicraniana, y es raro que ataquen al periostio y al hueso del cráneo.

La úlcera sífilítica tiene al principio un fondo grisáceo que es lo que se vé más fácil; la aparición de la úlcera en el cuero cabelludo parece que es debida á una circulación mayor de la sangre en esas regiones. Se sorprende como ante un tratamiento específico se vé aparecer rápidamente la cicatrización de la úlcera, y así el fondo gris se hace carnosos rojizo, y esas granulaciones van creciendo hasta nivelar la superficie cutánea. Es na-

tural que allí donde ha existido una úlcera gomosa, allí habrá una cicatriz roja y gris luciente según la edad, y no existirán pelos, ni glándulas sebáceas ni sudoríparas, sino una ligera capa de epitelio córneo que cubre á la cicatriz.

No existen en el cuero cabelludo, puntos de preferencia, y así se las vé en las partes centrales como en las periféricas, en el frontal como en el occipital.

Una vez cicatrizadas estas úlceras, pueden confundirse *con las del farus*, pero aquí siempre existe la corona pilar sana periférica que no está en la sífilis.

Pero cuando existe una úlcera profunda puede confundirse con una foliculitis infecciosa que dan úlceras pero que están rodeadas de una zona inflamatoria muy extensas de modo que no se puede ver su límite fijo, mientras que en las úlceras sífilíticas, no hay dolor, y en la periferia de la úlcera se ve su borde rojo, visible, levantado é indurado que la limita perfectamente.

1º Úlceras sífilíticas de la cara.—En la cara se ve con cierta frecuencia la sífilide gomosa ulcerosa, pero ataca ciertos puntos de preferencia. Así *ataca al borde libre del ala de la nariz*, presentando allí en un principio un goma pequeño redondeado, que dá un levantamiento rojizo, cuya dureza es igual á la de los *gomas dérmicos* á que pertenece, y es pequeño porque la piel es fina y hay muy poco tejido celular sub-cutáneo.

Pero si no se interviene con ningún tratamiento específico, el goma se ulcera rápidamente,

pudiendo esta ulceración hacerse más profunda y atacar á la mucosa y á los huesos de la nariz y así siempre que á distancia veamos á un individuo en que en el borde libre del ala de la nariz está roído por una ulceración ó una cicatriz podemos diagnosticar con seguridad que se trata de un sífilítico terciario.

Pero hay otras enfermedades que pueden confundirse con la úlcera sífilítica de la nariz; así *acné vulgar* y el *acné necrótica*, pueden confundirse cuando se sitúa en el ala de la nariz, pero el acné es una pústula que ulcerada, tiene una aureola inflamatoria rojiza y dolorosa, esto basta para diferenciar, y *la induración* es típica.

El acné necrótico, siempre tiene una úlcera que es relativamente superficial nunca va tan profundo como la úlcera del goma, además, *la úlcera sífilítica* ocupa siempre el borde libre del ala de la nariz, mientras que la úlcera necrótica, se ve en el dorso de la nariz.

Antes cuando se estudiaba esta úlcera gomosa de la nariz, se oía muy amenudo llamarle *lupus sífilítico*, y esto nos demuestra la ignorancia de aquella época respecto al lupus, y hoy día llamamos *lupus*, á una entidad morbida de origen tuberculoso, pero nunca sífilítico. Para diferenciar el lupus vulgar de la úlcera sífilítica, diremos que en el tubérculo la palpación lo siente blando, no tiene los bordes indurados, comprimido por un vidrio ha desaparecer la sangre, y se ven aparecer unos tuberculitos en las partes superficiales y profundas, caracteres que no se les vé en la úlcera sífilítica.

Un hecho muy importante en este diagnóstico diferencial, es para el doctor Sommer que *el lupus vulgar*, es una afección tuberculosa que se inicia siempre en la infancia ó en la adolescencia, pero en los adultos á lo menos en nuestro país, el doctor Sommer nunca ha visto al lupus vulgar principiar en la edad adulta. Y así estamos ante un adulto de 40 ó 50 años, que tiene una úlcera que no se sabe si es de un lupus ó una sífilis, investiguemos los caracteres ya citados de una y otra y después preguntemos al enfermo de cuando es que tiene esa úlcera, si nos dice que la tiene desde la infancia, diagnosticaremos *lupus vulgar*, si es de dos ó tres años no más, será sin duda una *úlcera sífilítica*. Lo difícil sería decir si un individuo muy niño contrae la sífilis, y en la adolescencia en su período 3º tómease una *úlcera sífilítica* de la nariz ó de la cara y la conservará á la edad adulta, si es ó no sífilítica pero es un caso muy raro.

El epiteloma de la nariz, es posible confundir con una lesión sífilítica 3ª, y á pesar de la hiperplasia que es también indurativa, y de las plaquitas periféricas en que tanto insiste Virchon de la ulceración superficial central, de las perlas epiteliarias, de la edad de 40 á 50 años, el diagnóstico entre sífilis y epiteloma es difícil, pues en ambos hay induración de la úlcera y edad adulta, y los otros signos solo son reconocibles para los que estan muy acostumbrados á ver.

Solo el examen microscópico de un pedazo dirá el diagnóstico exacto.

Lo mismo el tratamiento específico dirá si

es ó no sífilis, pues si es una úlcera gomosa, se reabsorberá y cicatrizará, y si es un epitelioma no.

En el labio superior. pueden verse úlceras sifilíticas, que están ya en las comisuras ó en la parte media. Estas úlceras sifilíticas son muy persistentes y hacen caer el pelo, asemejándose así á *la psicosis*, pero en ésta se verán síntomas inflamatorios que no se vén en la sífilis. Hasta ahora nos hemos ocupado de las úlceras que prefieren los puntos que como la nariz, labio y cuero cabelludo, son de mucha circulación, por la gran cantidad de vasos que hay, pero ahora nos vamos á ocupar de un lugar que las úlceras son muy frecuentes, no por haber muchos vasos sino que debido á que la circulación vasosa vuelta es dificultosa, la sangre queda más estancada, los varices aparecen, y la mala nutrición de los tejidos predispone á las úlceras sifilíticas.

Es la úlcera de los miembros inferiores.

En general las úlceras sifilíticas de las piernas no son únicas sino numerosas ó múltiples, formando líneas serpiginosas, en riñón ó media luna, y este es un carácter muy importante para el diagnóstico de esta úlcera específica.

Estas úlceras pueden *ser hipodérmicas y dérmicas*, y adoptan generalmente sitios de preferencia, y así se ven más generalmente en el $\frac{1}{3}$ inferior de la pierna, arriba de los tobillos, donde se distribuyen en la forma ya citada.

Estas úlceras de las piernas á veces son vegetantes, y han dado lugar á errores y confusiones que más adelante señalaremos en otro capítulo.

En las extremidades inferiores las úlceras sífilíticas, tienen caracteres muy típicos. Entre los caracteres que hay que tener en cuenta están:

1º *La forma* de las úlceras que ya dijimos que son múltiples y se reúnen formando líneas serpiginosas, reniformes etc.

2º *Los bordes*, son levantados é indurados, por la infiltración sífilítica.

Esto es importante porque hay que saber distinguir las úlceras sífilíticas, de las varicosas y las úlceras simples que no reconocen más causas que al traumatismo.

Las úlceras simples varían mucho de lugar y se sitúan á donde ha sobrevenido un tratamiento, un choque ó ectima ó un ezema y que lo infecta rascándose y extendiendo así á la úlcera.

Pero existen puntos del miembro inferior que están más expuestos á la acción del choque y de los traumatismos, y de allí la mayor frecuencia de las úlceras en esos puntos; estos son el labio inferior de la tibia y su cara interna y en su 1/3 inferior y más del lado izquierdo que en el derecho porque se avanza en general con el pié izquierdo, de modo que si hay algún tropiezo, lo halla el izquierdo primero que el derecho, y además porque al estar parado se descansa apoyando sobre su derecha y estirando adelante la izquierda de modo que ésta está más expuesta que aquella.

De modo que en resumen *una úlcera* del 1/3 inferior é interno de la pierna izquierda, es muy

probable que sea una *úlceras traumática simple*.

Mientras que en la *úlceras sifilítica*, por el contrario se puede encontrar en cualquier otro lado, porque no es el traumatismo el que la origina.

Cuando vemos varias úlceras en una pierna diremos que se trata de una *úlceras sifilítica* ó de una *úlceras simple*, y si hay costras que no dejen ver se aplicarán pomadas queratolíticas que las hagan caer.

Y si vemos una *úlceras que no tiene* por origen un traumatismo, ni está en la parte izquierda é interna debemos hacer sospechar en una *úlceras sifilítica*.

A veces hay úlceras sifilíticas que tienen los bordes duros pero que tratados, la induración va desapareciendo y puede entonces hacer creer en una *úlceras simple*.

Así pues en toda *úlceras* de examinarse la forma, los bordes, el sitio, el número, la indolencia, pues las úlceras varicosas son dolorosas y las sifilíticas no, de allí es que el enfermo no vá á curarlas porque no le duelen.

En las partes periféricas de las úlceras, además de la cantidad de pus que tiene siempre la *úlceras*, tiene una zona periférica rojiza, que es debida á una linfangitis superficial y que no se vé en las úlceras sifilíticas. En las dos clases de úlceras, como se trata en ambas de una lesión inveterada persistente, la piel se engrosa y se tiene una elefantiasis cutánea ó paquidérmica, con engrosamiento y deformidad aún de los huesos subyacentes.

Sífilides vegetantes

Las sífilides vegetantes, se ven solamente en algunos sitios donde obran ciertos factores vgr., sustancia sebácea y sudor que maceran la superficie cutánea.

Las sífilides ulcerosas del miembro inferior, pueden producir la vegetación de las úlceras.

En la cara, alrededor de la nariz y de la boca suelen verse pápulas muy grandes pero que no son iguales á las sífilides vegetantes.

Ya sabemos *que en las extremidades inferiores*, las dificultades circulatorias, son las que producen las pápulas gigantes más coloreadas, los cuernos, el engrosamiento de la capa córnea, y en el eczema costroso la costra es mayor que en los demás lados, y la paquidermia.

Pero en la sífilis la piel está completamente sana alrededor de las sífilides ulcerosas vegetantes que son induradas.

En la cara, hay aparición de sífilides vegetantes aunque raras, porque allí la seborrea es una sustancia irritante de los tejidos y de las sífilides.

En el axila, es el exeso de sudor y sebo que irrita y macera á la región.

En el aparato genital, es también el sudor.

En la extremidad inferior y el pié, son las dificultades circulatorias.

En el cuero cabelludo, la circulación muy activa y lo seborrea que irritan á las sífilides.

El diagnóstico de las *sífilis vegetantes*, es algo difícil porque hay afecciones como el eczema que dan vegetación bastante grande y confundible.

Pero lo que ha dado más lugar á confusión es una afección que se la llama *sífilide vegetante frambuesoide, frambuesía, Pian ó Buba*, con estos últimos nombres se la conoce en Bolivia, Paraguay y Brasil, porque no es una sífilides, es una entidad mórbida distinta de la infección sifilítica.

Así pues que se confunden, pero son también úlceras muy raras, pudiendo por lo tanto dejar á un lado su diagnóstico en los casos de duda: sin embargo en la verdadera sífilide vegetante, es *la induración periférica*, el signo de diagnóstico diferencial.

Sífilides terciaria bucal

Hemos ya estudiado las afecciones bucales de la sífilis 2ª, pero vamos á estudiar las lesiones de la sífilis terciaria, que son muy importantes porque son muy frecuentes, pero que no se deben confundir.

Existen varias afecciones de la boca en general, de la sífilis terciaria.

Gomas bucales.—Así como se ven gomas en la piel y en otros órganos, se ven en la boca y en especial en el paladar membranoso, en el P. óseo, en la lengua y en la faringe, preferencia de localización de los gomas bucales. Estos gomas

han dejado alteraciones persistentes, tales como las perforaciones del paladar y la deformidad lingual.

En el velo del paladar, se nota una elevación dura que levanta á la mucosa palatina, que pronto se reblandece en su centro, se ulcera y queda la úlcera palatina constituida. Pero si no se interviene con un tratamiento específico enérgico que haría reabsorber al goma y caracterizar á la úlcera sífilítica, por su proceso de destrucción, abarca el hueso apareciendo entonces con un fondo negruzco, lo que indica la necrosis y carie del hueso maxilar ó palatino, que con el tiempo, lo necrosa en todo su espesor, llegando así después de la eliminación de los productos muertos, á dejar constituida *la perforación del paladar*.

Otras veces el *goma es superficial*, la mucosa sola es la atacada, y la ulceración va poco á poco irradiándose á las capas más profundas. Este es el goma más frecuente en el resto de la mucosa bucal, porque en el velo del paladar los gomas superficiales son raros.

Generalmente toman origen en el tejido celular sub-mucoso, y comprenderemos entonces, cómo la dilatación llega á concluir con la úvula y partes laterales del velo del paladar, cuando pensamos que en el velo pueden situarse varios gomas á la vez.

En la faringe, cuando el goma, lo que es común aquí, se localiza en la pared posterior, el goma es de grave pronóstico, porque una vez ulcerada la mucosa puede ulcerar y necrosar á las vértebras y acarrear *las espondilitis* mortales.

En la lengua, pueden aparecer uno ó varios gomas á la vez, ya en sus partes laterales que es lo general, ya en su parte media. Cuando aparece el goma en la lengua, en sus comienzos, el enfermo no siente ningún dolor, hay una dificultad en los movimientos de la lengua, no habla ni come con libertad, y si se toca donde se ve aparecer el joven goma, nota una induración, donde la sensación es igual á la de un tapón de goma.

Después como todos los gomas reblandecen y se ulceran en su centro, se abre entonces al exterior, y queda un orificio pequeño de la úlcera central rodeada de un anillo indurado, periférico. este goma así no es muy doloroso y solo lo es en el caso de una infección secundaria, que lo inflame.

Las lesiones sífilíticas terciarias de la lengua no son todas así locales, sino que pueden verse alteraciones generales de la lengua que se ven en la lesión llamada:

Glositis intersticial sífilítica. — En esta lesión general sífilítica terciaria, la lengua es de superficie brillante, se nota la falta de las vellosidades de las papilas, después aparecen una serie de surcos irregulares que nos demuestra que ha perdido su flexibilidad y hay dificultad en los movimientos, en el comer y en el hablar, no es dolorosa, la lengua aumenta de volumen y ha perdido su forma normal.

Hay otras alteraciones linguales que pueden confundirse con las alteraciones sífilíticas terciarias.

Así el *epitelioma de la lengua*, puede hacernos confundir, pero la elevación, los datos del enfermo, la falta de induración de su base, que es superficial al principio, el dolor, el infarto ganglionar, son caracteres que no se ven en el goma, salvo en el caso de infección secundaria que puede dar infartos, dolor, etc., y otros síntomas que dificultan al diagnóstico, de tal manera que hay casos de lesiones linguales, que no se sabe qué diagnosticar si un epitelioma ó un goma.

Existe otra lesión que puede confundirse con la *glositis intersticial sífilítica*, es la llamada *lingua pligata ó lengua geográfica*, que presenta también surcos irregulares congénitos, en la glositis sífilítica, parece que los surcos aunque irregulares parecen partir del centro hacia los lados.

Otra afección confundible es la glosodynia exfoliática ó rash errático de Kaposi, que se caracteriza como ya sabemos por la presencia en los bordes de la lengua de un cordón lateral nacarino blanquizco pero que cambia de lugar y está en relación con alteraciones intestinales.

Otra afección sífilítica terciaria bucal, que tiene mucha importancia, es la

Sífilide leucoplasiforme. Leucoplasia sífilítica. Keratosis ó psoriasis sífilítica. — De todos estos nombres el que más le conviene dice el doctor Sommer es el de *leucoplasia sífilítica*, y la que la diferencia de las sífilides mucosas que llamamos vulgarmente *placas sífilíticas* en las sífilis 2^a: se ven en estas placas un tinte blanquizco-anacorado, y limite bien marcado, mientras que en la leucoplasia sífilítica, las placas no tienen

límite marcado, son placas extensas y estriadas, punteadas, angulares ó triangulares, en general tienen la forma de un triángulo que está en la cara interna de los carrillos, en la altura de las comisuras labiales, la base del triángulo mira hacia las comisuras y después se prolonga hacia atrás.

Para Fournier, la leucoplasia sifilítica es una lesión parasifilítica, porque según él, el tratamiento específico no tiene ninguna acción.

Pero en 1900, Barthelémy presentó algunos casos de curación de esta leucoplasia.

Sin embargo Fournier sigue protestando en pró de la incurabilidad de esta leucoplasia sifilítica, explicando los casos curados cómo errores de diagnóstico.

Pero Leredde, fué el que volvió á insistir en la curabilidad de esta leucoplasia, y lo que hay es que hay que saberla curar; hay que atacar á la afección desde un principio y curarla con mucha insistencia. De modo que lo que dice Fournier no es cierto y el doctor Sommer siguiendo á Leredde, ha obtenido varios casos de curación.

La aparición de estas placas sobre la mitad del carrillo y sobre la lengua se explica porque hay una causa auxiliar que favorece en sumo grado la afección, es el cigarro. Es así pues que en la mujer no se vé esta leucoplasia, mientras que en el hombre sí; es porque fuma. Sin embargo, puede haber sifilíticos que no fumen y que sin embargo tengan leucoplasia, pero esto es la excepción, lo general es que fuman, es pues evidente la acción del cigarro en la leucoplasia. Existe una

afección no sífilítica que se llama *leucoplasia nicotínica*, en los individuos que fuman, se ven también en el interior de los carrillos placas triangulares, cuya base mira hacia la comisura. Pero en la leucoplasia sífilítica se caracteriza por que en su base anterior es más desarrollada, más visible, más abundante que la posterior.

Otra confusión podría efectuarse con el *empañamiento* de la mucosa debido á la presencia de pápulas y de gomas, sobre los cuales la mucosa se empaña por una keratosis fugaz. Mientras que en la verdadera leucoplasia sífilítica no hay gomas, ni keratosis, es una lesión superficial, epitelial y duradera.

Pueden coexistir un goma y una leucoplasia, pero son dos lesiones que no se deben confundir.

La leucoplasia sífilítica se la considera una lesión muy grave en la actualidad, porque esta leucoplasia se transforma después en *epitelioma*, de allí que considerando que el tabaco es en los sífilíticos una causa auxiliar poderosa en la producción de la leucoplasia, se prohíbe en general á todo sífilítico que no fume para impedir la formación de la leucoplasia y si ésta ya está con mucha mayor razón, exigiremos que no fume. La precaución de no fumar en los sífilíticos es muy buena porque la leucoplasia no tiene ningún síntoma objetivo, salvo cuando está agrietada que es entonces molesta; á algunos le parece en el punto donde está la leucoplasia, tener una cosa lisa, y para otros es áspera, y el enfermo por la placa sola no vá al médico.

Tratamiento. — Es ante todo *un tratamiento higiénico*, que no fume y que se cepille bien los dientes. A la placa leucoplásica se la cauteriza como ya sabemos con NO^3Ag . ó con NO^3HAg , pero estas cauterizaciones hay que hacerlas con insistencia y así se llegará á curarla aunque dure tiempo como lo enseña Leredde (1 ó 2 años), y no es pues afección parasifilítica como dice Fournier.

Alteraciones sifilíticas Óseas

Las lesiones internas de la Sífilis tercera, son múltiples, pero todas ellas entran en la Patología Interna y salen de la Patología Externa. Entre los órganos atacados está el Sistema Nervioso que tiene lesiones muy variadas, pudiendo llegar hasta la ataxia locomotriz.

Pero el aparato que más es atacado, es el locomotor y la sífilis lo ataca de preferencia en el segundo período, y pudiendo ver sus lesiones en el tercer período; es una excepción como lo es la iritis sifilítica, ambos inician sus alteraciones en el período segundo, á diferencias de todas las demás lesiones internas que son del tercero.

Es así pues que las alteraciones óseas se pueden ver un poco antes ó bien después ó bien coexistir con la Roseola Silfilítica primera manifestación del período segundo de la sífilis.

Estas lesiones óseas sifilíticas eran antes mal estudiadas y no se tenía otro síntoma más que el dolor; son dolores osteóscopos, son ostealgias,

sin indicar la variedad de lesión ósea á que pertenecían.

Pero más tarde se fué especificando las clases de lesiones óseas que existían y se las agrupó en tres formas:

1º. *La periostitis sífilítica.* 2º. *La periostosis sífilítica.* 3º. *La ostealgia sífilítica.* Todas estas tres formas tienen por base sintomática común, el dolor, dolor que es nocturno, generalmente, pero que se puede ver también de día, en la marcha, por la compresión con los dedos, y que aumenta con el calor de la cama, etc.

1º. *Periostitis sífilíticas.* — Está caracterizada por una ligera tumefacción del periostio, que no se eleva más que algunos milímetros del nivel de la piel y que llega á tomar el tamaño de una moneda de níquel ó de cobre.

Esta tumefacción del periostio en las periostitis, aparece repentinamente y así el enfermo siente un dolor intenso ya espontáneamente en la cama, ó cuando se ejerce una compresión ejercida por una violencia exterior, y en ese sitio se despierta la aparición de la periostitis. Además á la palpación se nota una cierta consistencia, aunque no es nunca una periostosis.

Existe una exudación sub ó intra-periostica, exudación que comprime á los filetes sensitivos periosticos y que acarrea así el dolor intenso particular.

Esta periostitis siguen ciertas reglas. Y si estas periostitis se presentan en los huesos en general más expuestos al aire, es decir que tienen muy pocas carnes blandas; se vé más

frecuentemente en el hueso frontal, parietal y demás huesos del cráneo, después se lo vé en la clavícula, y en la cara interna y arista anterior de la tibia.

Es así pues que nosotros notamos la periostitis sífilítica, en los huesos descubiertos, lo que quiere decir que el medio ambiente, la temperatura, el frío, la humedad y todos los agentes han de tener algún rol indirecto en su génesis.

Mientras que en los huesos bien recubierto por un buen tejido celular, músculos y fascias aponeuróticas, las periostitis profundan no se notan.

Fuera de estas puntas, los omóplatos, los metacarpianos y las falanges son más comunmente atacados, pero los huesos más frecuentemente atacados son: el frontal, clavícula y tibia.

Las periostitis se caracterizan siempre por dolores más ó menos intensos, nunca falta el sintoma dolor, el cual se irradia á puntos más ó menos lejanos. Las cefaleas sífilíticas son también, como lo veremos mas tarde, producidas por una lesión ósea craneana.

Esta periostitis sífilítica puede verse en general en el período segundo ó tercero, pero es más frecuente en el período segundo, pudiendo como ya dijimos aparecer antes ó después ó coexistir con la Roseola Sífilítica.

Si no se hace *un tratamiento específico enérgico y repetido*, fácilmente volverá á presentarse y entonces reincidirá en el mismo punto.

2º. *Periostosis sífilítica*. — La periostosis se diferencia muy poco en su pronunciación de la

periostitis, pero las diferencias de la investigación son notables.

Es siempre la consecuencia de una periostitis insertada. Así se comprende que debajo de un periostio inflamado, debe existir una lesión ósea, pues el hueso no puede quedar indemne á la inflamación perióstica dada la relación de nutrición que hay entre las dos capas, de allí que puede haber, una carie, una necrosis, ó una osteitis, en la capa más superficial del hueso, una proliferación ósea que añadida á la tumefacción de la periostitis que la origina, forma una nueva afección, también dolorosa, es más dura, más perceptible y más inveterada que la antigua periostitis de que la origina. La diferencia entre la periostitis y la periostosis, es la *nueva formación ósea*, que se añade á la periostitis que no la tiene, pero que la originó. Esta *formación ósea* que abulta y endurece más á la tumefacción, puede ser, *lisa* ó *áspera*; en caso que sea *áspera* se nota á la palpación una superficie cubierta de asperezas y desigualdades. Es así pues que en un individuo que tenga *periostitis* y que no se trata con un tratamiento específico, ó si trata no se hace como ya digimos con insistencia, el tratamiento es insuficiente y la periostitis no es influenciada, y se da así tiempo á que esta *acarreará, á la periostosis*.

Dado que la periostosis es la consecuencia de la periostitis, aquella debria aparecer en los puntos donde ésta está: y sin embargo, las formaciones óseas de la periostosis solo se vé en la tibia en general: esto se explica: La periostosis

tibial no es más frecuente que las demás porque esté más expuesta á las causas que la determinen sinó que cuando un individuo tiene una periostitis frontal, con esa tumefacción y dolor, el enfermo no le gusta ostentar ante los demás su enfermedad y de allí que acuda al médico y sigue al pié de la letra sus indicación y la periostitis desaparece y la periostosis por lo tanto no puede sobrevenir: mientras que si tiene una periostitis tibial, como no se vé no le dá mayor importancia sino le duele mucho y la periostitis se hace periostosis: lo mismo si le duele algo más y el médico no experto no insiste mucho en el tratamiento: éste es así insuficiente y la periostitis se transforma en periostosis.

Otras veces en fin los dolores tibiales irradiantes de la periostitis son muy intensos y el médico no busca otros elementos de diagnóstico y lo toma por dolores reumáticos. los trata como tales y no desaparecen y como la periostitis no es influenciada se hace periostosis. Sin embargo *un tratamiento* insistente hará desaparecer esas formaciones óseas, y el hueso vuelve al estado normal.

Es de allí pues la frecuencia de las periostosis en la tibia.

La cuestión de la acción eficaz del tratamiento en las formaciones óseas, se ha prestado á muchas discusiones y el *Dr. Sommer* solo, en el seno de la Sociedad Médica Argentina ha sostenido siempre que *el tratamiento específico*, en todas clases de deformidades óseas, sea en la periostosis ó en las adquiridas, en las tibias defor-

madas en sable con la arista anterior saliente, y la cara interna engrosada. bajo su influencia disminuyen hasta curarlas por completo ó por lo menos modificarlas notablemente, pero haciendo ver evidentemente su acción específica, por muchos negada.

Puede confundirse con otras periostitis traumáticas y dolorosas, pero los dolores no son nocturnos, lancinantes ó terebrantes, por que no es una periostitis específica.

3º. *Ostealgias sifilítica.* — Es una lesión ósea que bautizamos así, porque en las investigaciones científicas más minuciosas y detalladas, no se ha encontrado aún por amplificados que estén, ningún signo objetivo de lesión ósea, lesión que seguramente debe existir desde que su síntoma, dolor lo indica así: y que más tarde se descubrirá.

Solo se sabe que el enfermo tiene un dolor muy agudo, penetrante, terebrante, dice que es como si le rompiesen la tibia, ¡tan intenso es el dolor! y sin embargo, ninguna manifestación objetiva, de tumefacción y de induración, es capaz de indicar siquiera el sitio de la lesión.

Cefaleas sifilíticas.

Se ha abusado y se abusa mucho, con este nombre, y así se dice que hay cefaleas, siempre que el sifilítico tenga algun dolor de cabeza. Pero esto no basta, sucede aquí como antes con las ostealgias que ahora se las ha dividido y dado

su nombre, y es de allí que se han establecido en las cefaleas varias divisiones.

1º. *La neuralgia sífilítica.* — Es un dolor neurálgico que está en el cráneo y en la cara y que se sitúa á lo largo de los pares craneanos.

2º. *Cefalea propiamente dicha.* — Es el dolor que es intra cerebral, es la verdadera cefalea, pues parte del cerebro mismo.

3º. *La cefalea ósea.* — Esta cefalea debida á una lesión ósea del cráneo, es la más frecuente de las cefaleas sífilíticas. Así los dolores de cabeza intensos y nocturnos del sífilítico al iniciar el período secundario, es una cefalea debida á lesiones óseas y periósticas del cráneo en ese período segundo. Cuando investigamos bien á un sífilítico con estas cefaleas óseas, notaremos *puntos dolorosos*, en que el dolor se exaspera á la presión y con tirar del pelo, de tal manera que el mismo enfermo dice que al peinarse en algunos puntos le duele.

Estos puntos dolorosos son del tamaño de una moneda de cobre de dos centavos. El dolor de cabeza común es intra-cerebral. Desde el momento que al tirar con el pelo aparece el dolor, eso nos indica que hay inmediatamente debajo una lesión, que seguramente es una periostitis del cráneo, que es la que acarrea las ostealgias de estas cefaleas óseas que son las más frecuentes. Pero al hablar de la sífilis secundaria, vimos que podrían existir dolores en las partes laterales del torax, *una pleurodinia*, pero no un dolor difuso sino un dolor circunscrito, que si investigamos bien, vemos que no es del espacio intercostal; no

es pues neuralgia intercostal, sino que el dolor está sobre la costilla misma, y es debido también á una periostitis costal sífilítica.

Existen otras ostealgias menos frecuentes, lo mismo que hay artralgas, neuralgias que no trataremos aquí.

Diagnóstico de la sífilis.

Antes de entrar en el estudio del tratamiento de la sífilis, es menester saber diagnosticarla, por que como hemos visto tiene síntomas tan diversos, tan poco claros, que á primera vista es difícil establecer su diagnóstico.

Ya hemos dicho que la sífilis puede atacar cualquier órgano, y siempre que estemos ante un sujeto con una enfermedad interna crónica que resiste á los tratamientos, sospechamos siempre que puede ser *sífilis*.

Pero ¿cómo se llega á tener la seguridad de que es ó no sífilis?

Existe un *método de investigación general para sentar diagnóstico de sífilis*, pero á pesar de todo, veremos casos, en que nos quedamos en la duda de si es ó no sífilítico el enfermo.

Es menester comenzar por preguntar si el enfermo ha tenido alguna vez *chancre*, aunque ésto tiene solo un valor relativo, pues algunas veces no sabe el enfermo si ha tenido el chancre y por que, y aún cuando sabe si lo ha tenido no nos sabría decir si fué duro ó blando salvo que fuera de una dureza típica.

Si después del chanero ha tenido su satélite el *infarto ganglionar*, si este infarto era múltiple indolente y aflegmático que no termina por supuración, porque todos los caracteres contrarios son del chanero blando.

Además le preguntaremos si poco después, vió esparcidas por su cuerpo manchas ó granos, si estos granos se habían localizado en el cuero cabelludo, formando pequeñas costras, pero es menester para estar más seguro buscar otros datos mejores.

Así le preguntaremos si tuvo en la boca *llagas*, (como el vulgo las llama), sobre las amígdalas, lengua y labios; además investigaremos si ha tenido alguna vez una caída especial del pelo es decir la *alopecia sifilítica*, y así si después de haber tenido un chanero el enfermo á los pocos meses tiene la *triple alopecia* del cuero cabelludo de las cejas y de la barba ese enfermo *tiene sífilis*.

Con todos estos síntomas se puede muchas veces sentar el diagnóstico *de sífilis*. Pero tampoco en un caso en que todos estos síntomas son negativos podremos asegurar que un individuo no tiene sífilis? Y así dice el Dr. Sommer, ningún médico, ante un recién nacido ni ante ninguno de todos nosotros, podrá decir y certificar que algunos *no tengan sífilis* por que no puede saberlo con seguridad; solo dirá *que no vé ningún síntoma sifilítico*.

Esta duda del médico salta á causa de ese periodo de latencia de las sífilis tercera que pone al enfermo con todas las apariencias de salud y que hace creer en la curabilidad de la sífilis

y más que si el enfermo no ha sabido que la ha tenido, puede de repente en esa latencia estallar una afección interna de síntomas vagos y confusibles y en los que el método de investigación que citamos no nos ilustrará nada, por que el enfermo no secunda nada de su sífilis, pero en este caso de duda como para todos los demás queda aún, un elemento de diagnóstico importante patognomónico y es *el tratamiento específico*, que nos dirá despues de su aplicación si esa afección era ó no sifilítica, según que haya ó no desaparecido.

Es así pues que cuando se trata de distinguir si una afección nerviosa, es ó no de origen sifilítico, el tratamiento lo dirá.

Lo mismo sucede cuando se duda entre la sífilis y el cáncer, y entre los médicos en general admiten que en un cáncer de la lengua si no tiene los caracteres típicos del cáncer, debe sin titubear instituirse el tratamiento específico y sentar á posteriori el diagnóstico de la lesión lingual. Debe al tratarlo vigilarlo frecuentemente para notar su acción.

En general este tratamiento hace muy bien en cualquier lesión sifilítica y más si es una lesión aguda, gomas etc., pero si el enfermo no es sifilítico y se ha hecho tratamiento intenso, enflaquece, palidece y se muestra intolerable al tratamiento, y si es *un canceroso*, ese tratamiento es un latigazo que se le dá á la evolución del cáncer. Esto es lo que más frecuente veremos.

Tratamiento de las sífilis.

Tratamiento mercurial. — Se puede decir que desde que la sífilis se generalizó en Europa poco después del descubrimiento de América, esa generalización hizo iniciar el descubrimiento de una multitud de tratamientos contra tan grande y esparcida enfermedad, contando en su número *al célebre tratamiento mercurial*. Poco después se convencieron los médicos que de todos, el tratamiento mercurial fué el que predominó en su uso contra la sífilis, hasta que en el siglo XVI la introducción de cocimientos de maderas americanas entre ellas el Guayaco, hizo que por 30 años se abandonase el tratamiento mercurial, abandono que no sirvió más que para sentar después la supremacía de dicho tratamiento sobre todos los demás, supremacía que aún hoy día la conservan.

Todas la sales metálicas tienen una acción eficaz sobre la sífilis, y casi todas se han también usado, pues hasta *el oro* fué usado y esto en tiempos *de Ricord*, pero fué después abandonado quizás debido á la *críticas chistosas* del mismo Ricord cuando decía: «el oro nunca debe ir del médico al enfermo, sino de éste á aquel.»

Es á mediados del siglo pasado que se introdujo como auxiliar del mercurio, al yodo y sus sales cuya eficacia hoy reconocemos. Y á la lista interminable de tratamientos inventados, se agregan el cocimiento de ramas de Zarzaparrilla, la hi-

droterapia, las agua minerales ó puras etc., pero repetiremos hoy que, «sin el mercurio no se puede tratar á la sífilis.»

Es un error el creer como creen algunos que el mercurio no debe usarse porque hace mal, es más bien, dice Sommer, un cuento de los antiguos, pues se decía que en los museos se habían visto huesos con mercurio líquido en bastante cantidad: ésto no puede creerse dada la volatilidad del Hg, sin embargo ese error se vulgarizó y desprestigió al Hg por mucho tiempo, hasta que poco á poco se fué desvaneciendo esa creencia errónea y hoy día el empleo del Hg está en su apogeo.

Naturalmente que las dosis internas del Hg, producen algún mal y el Hg introducido por cualquier vía y en cualquier forma, se elimina por los emuntorios naturales, por las lágrimas, saliva, mucus nasal aparato digestivo, pero es por la saliva por donde más se elimina el Hg, y es también en la boca donde ataca y daña más fácilmente, y el médico debe conocer estas lesiones que el Hg determina en la boca.

La acción del Hg en la boca se puede presentar bajo dos formas:

1ª forma. — Es la *salivación* abundante, sin alteración alguna de la mucosa bucal y en aquellos sífilíticos que observando la higiene bucal, cuando su organismo está saturado de Hg, esta saturación determina una eliminación abundante que la manifiesta. Se observa que el invierno predispone á la salivación y á la estomatitis y que en el verano sucede lo contrario.

2.^a forma. — *Es una forma inflamatoria y se denomina estomatitis mercurial.* Esta se inicia siempre y fatalmente en un mismo punto, y este punto es *detrás de la última molar*, y esto es importante, por que siempre que se busca si hay estomatitis es allí que se debe primero observar.

La estomatitis mercurial se inicia por una tumefacción de esa región post-molar de la mucosa, ó por un colgajo desprendido de la misma; en la tumefacción la mucosa se empaña y se pone blanquizca asemejándose á una placa mucosa, pero diferenciándose por que en la estomatitis, la placa lechosa está envuelta de una aureola rojiza de zona inflamatoria que es típica, — y además ese punto es doloroso. — Si en un sífilítico en tratamiento se observa detras de la última molar, estos síntomas inflamatorios hay que suspender el Hg. Otro punto algo frecuente de la estomatitis mercurial, es las encías de los incisivos inferiores, y la encía se desprende de los dientes. se pone blanquizca, sangra y su borde libre se ulcera y es dolorosa: de aquí la estomatitis puede irradiarse y atacar á la lengua, presentándose dolorosa á los movimientos, y conserva además la impresión de los dientes, por haber ejercido presión sobre ella: además se puede ver en la faringe, pilares, úvula, amígdalas, unas falsas membranas que son dolorosas á la deglución y en el reposo. El enfermo no puede masticar ni tragar nada sólido, porque tiene la encía inflamada y dolorosa y *la sensación subjetiva que mas presentan es que sienten sus dientes alargados.* Solo pueden tragar líquidos fríos, y to-

da sustancia dulce, salada ó amarga le produce dolor y no la tragan: la leche, sola sobre todo helada, la vehiculizan muy bien.

La lengua en estos casos está cubierta de una capa negruzca, que observada bien deja ver las papilas linguales, contienen la cubierta epitelial superficial engrosada y de superficie negruzca, y esto se ve en los casos de intolerancia y de estomatitis mercurial.

Otras veces en cambio de un engrosamiento hay una descamación visible del epitelio papilar.

Si se observa el piso de la boca y partes laterales de la lengua, se ven placas blanquizeas y son dolorosas sobretodo cuando, esas placas rozan contra los dientes. Después de todos estos síntomas que pueden dar la estomatitis, tenemos que esos enfermos despiden de su boca un olor fétido *sui generis*, indescriptible, pero que basta haberlo percibido una vez para no olvidarlo más, y que muchas veces él solo, impone el diagnóstico de estomatitis mercurial y por ende el de sífilis: así le sucedió al doctor Sommer que por la alfación hizo el diagnóstico de sífilis en un caso que se le presentó y que lo confirmó después.

No existe ninguna lesión bucal sífilítica ó no sífilítica que dé una sintomatología igual á la estomatitis mercurial.

Estos enfermos están peor á la mañana que á la tarde, y ésto es debido porque á la mañana aún no se han lavado y no han esputado la saliva mercurial. Podemos además adivinar de qué lado

duerme el paciente viendo en donde está más avanzada la lesión, porque allí es también el sitio donde permanece más la saliva mercurial.

¿Cómo se produce la estomatitis? No se sabe aún como se origina esta estomatitis, pero lo que se sabe es que iniciado el tratamiento, con un régimen bucal higiénico se la evita.

Es muy probable y ésto se supone, que sea una sal de mercurio aún no conocida pero que siendo muy irritante determine esta lesión mucosa.

Cuando por *vía de diagnóstico* damos mercurio á una *persona no sifilítica*, ésta se pone muy pálida, tiene alteraciones digestivas, cefaleas intensas pero no nocturnas, diarreas acompañadas de melena con enterorragias y en los casos de intolerancia mercurial, se nota esa diarrea mezclada con sangre que proviene de una rectitis y enteritis, que dán tenesmo intenso, etc. Todos estos fenómenos de intolerancia son dados más por sus sales que por otros. Una de las sales que los producen frecuentemente es el bycyanuro de mercurio y más es por el radical cianhídrico que por el mismo mercurio.

Sigue el tratamiento mercurial

Ya hemos hablado de la intoxicación mercurial verdadera *Hidrargirosis*, y ya hemos dicho también que el mercurio fué antes muy temido por el pueblo, pero los que lo temen son los sifilíticos que no se tratan por él, mientras que los

sifilíticos que saben que se tratan con mercurio pueden atestiguar de su eficacia.

El tratamiento mercurial puede administrarse por 3 métodos ó vías:

1er. Método Epidérmico.—Y que comprende á las fricciones, lociones, baños, fumigaciones, emplastos, etc.

2º Método Hipodérmico.—Inyecciones.

3º Método Interno.—Jarabes, pildoras, etc.

1º Tratamiento mercurial epidérmico.—Este es el tratamiento Hg. de que nos vamos á ocupar ahora porque es el más antiguo y porque encierra las fricciones Hg.

Es natural que por antiguo que fuese este tratamiento no fué el primero que se usó contra la sífilis, y tuvo sus alternativas de uso y desuso hasta que á fines del siglo pasado, se logró hacer desaparecer sus inconvenientes, y su uso más metódico se univerzalizó.

Antes se creía que una vez instituido el tratamiento en el sifilítico era menester medir la cantidad de saliva que se iba produciendo, para conocer de este modo el grado de impregnación Hg. en el organismo: pero la salivación mercurial de que ya hemos hablado antes, con los métodos higiénicos, no debe producirse ahora y esa creencia antigua está ahora archivada.

Las fricciones, se hacen con *la pomada mercurial*, en la que el Hg. metálico está suspendido en grasa: debe usarse la grasa más fácil de absorberse que sería *la lanolina*, que aún no ha entrado en uso, porque es muy seca y difícil de friccionar, pero entonces se le añade una grasa

más fluida y tenemos como resultado de la mezcla la *resorbina*, que es la que se recetará.

La fórmula Rp.

Resorbina 5 gramos

Mercurio metálico 5 » (*Sommer*)

Y esta fórmula, es lo que llamamos pomada mercurial, ungüento gris, ungüento napolitano ó del soldado: es la más usada para fricciones.

Pero al administrar las fricciones hay que atenerse á un criterio general.

Así como á un niño no le administramos medicamentos en igual dosis que á un adulto, aunque en este caso el Hg. es bien tolerado en el niño, sea porque tiene los dientes sanos, ó porque no los tienen, así también entre las mismas personas adultas, debemos dar más pomada á un adulto robusto, alto, grueso, que á un adulto enano y flaco.

Fuera de estos datos, debemos tener en cuenta además, los síntomas de la sífilis, que dominan en ese momento. Así á una persona que solo tiene sífilides mucosas bucales, no le haremos un tratamiento tan intenso como á un sífilítico que tiene una hemiplegia á consecuencia de la obliteración de una arteria cerebral importante con una endarteritis obliterante sífilítica, en donde un tratamiento Hg. intenso, logrará reabsorber los exudados esclerosados de las paredes arteriales y hacerlas de nuevo permeables. La dosis está entre 3 y 10 gramos de ungüento: la dosis de 2 gramos la recetamos por día en los casos leves vgr. en las placas mucosas, mientras que en la

sífilis nerviosas, usaremos dosis intensas de 8 á 10 gramos por día.

Las fricciones no deben hacerse en cualquier punto de la piel, sino en algunos puntos solamente: no en todos es igual, porque varían según la irritabilidad y receptividad.

Así no se debe hacer fricciones en la piel con pelos largos, sino en la piel que solo tiene vello que incomoda menos.

En efecto, siempre que se hace una fricción en una piel recubierta de pelos largos, el folículo se irrita é inflama y se tienen pústulas de foliculitis.

Así sabemos que en la cara anterior de flexión del ante-brazo hay una región media que no es vellosa y dos regiones laterales que son pilares y si en esta cara de flexión hacemos una fricción fuerte ¿qué sucederá? que en la parte media no vellosa no hay nada pero en las partes laterales pilares está, plagada de pústulas que constituyen el *eczema pustuloso mercurial* ó *foliculitis mercurial*. Este eczema puede producirse en otra forma: pues ya sabemos que en un individuo sano de piel muy fina y susceptible, la acción mecánica del frote, produce un eczema rojo, eritematoso, vesiculoso; y esto en igualdad de condiciones sucede con la acción mecánica de friccionar.

Hay una creencia errónea entre médicos y estudiantes, al indicar al enfermo que se friccione en las articulaciones por creer que allí la absorción es mejor, y de allí que el enfermo se frota en el axila donde en general abundan los pelos y se tienen las foliculitis: esto debe evitarse y no creer en esa concepción errónea.

Lo mismo sucede si por sífilis ó por pediculis-pubis, se frota el Monte de Venus, quedaria una foliculitis, sino se hubiese afeitado bien antes la región: para los P. pubis, basta colocar sin frotar, la pomada.

¿Y cuales son los puntos en que la piel no tiene pelos largos?

En el hueco poplíteo, pero no en la cara de extensión de la pantorrilla como algunos aconsejan, porque allí suelen abundar los pelos. Después vienen la cara interna del muslo, en las partes laterales del vientre, y en la cara de flexión del antebrazo, y en el caso que intervenga otra persona, puede utilizarse la espalda para friccionarse con la pomada.

Y sin embargo, hay que preguntar al enfermo si alguna de esas regiones tiene pelos, porque así le ordenaremos que se afeiten bien porque así se evitarán las foliculitis.

Las fricciones deben hacerse con suavidad desde el principio al fin y no durar menos de 15 minutos, y de allí que se usará la suavidad y con poca fuerza porque sino se cansa á los 4 ó 5 minutos, se aburre de las fricciones y las hacen mal y no son eficaces.

Las fricciones deben hacerse una sola vez por día y en un solo punto por día, sin embargo hay autores que recomiendan que se haga en dos puntos distintos: esto no tendria ningún inconveniente, pero es inutil y además que haciéndolo en un solo punto hay más descanso en la fricción, pues, si hacemos la fricción en un solo punto por día, el mismo punto se repetirá solo á los ocho días

y aún á los diez días, si se añade la fricción de las espaldas; mientras que si se duplica por día el lugar, la repetición se hará á los cuatro ó tres días y ese punto tan continuo en ser frotado es más apto para adquirir el eczema mercurial.

Se recomienda además que el enfermo mismo se haga las fricciones con la palma de las manos, y si lo hace una segunda persona esta debe tener su mano guanecida con guantes de goma, pues en los individuos que frotan se ha visto en algunos puntos de la palma de la mano gotitas de Hg. metálico, y se ha visto intoxicación hidrargírica debidas á estos frotos de pomada de Hg. de modo que para evitar esto se han recomendado los guantes de goma: sin embargo en las casas de curación de sífilíticos de Aix-la-Chapelle, los ayudantes que frotan no usan guantes, pero mejor es ponerlos para evitar toda intoxicación.

Está hoy día fuera de duda que el ungüento mercurial se absorbe directamente á través del cutis, á pesar de que algunos autores no creen en esta absorción, y dicen que al friccionar, se evapora el mercurio y que impregnando al aire éste arrastra al ser inspirado, al Hg. que penetra al organismo por la vía pulmonar. Sin embargo la absorción cutánea existe, pues Neorman y otros han logrado ver gotitas de Hg. metálico dentro de los linfáticos de la piel. Otra razón es que en un enfermo con las sífilides generalizadas confluentes, al friccionarse flancos abdominales, se vé que las sífilides de allí que son friccionalas directamente, son las primeras en desapare-

cer luego quiere decir que el Hg. metálico es allí absorbido, desde que allí primero actúa. lo que no sucedería si fuese absorbido por vía pulmonar.

Una objeción que se hace al tratamiento Hg. por las fricciones es que no se sabe la cantidad de Hg. metálico que se absorbe, y nosotros responderemos que los que son partidarios de las inyecciones sabrán que ha habido casos de muerte por una inyección dosada de calomel, y por otro lado nadie podrá decirnos que tal cantidad de Hg. inyectada, sea absorbida, y en todos los metodos reina igual empirismo, pero sin embargo la experiencia nos ha enseñado que para curar á una sífilide, se usará por día una cantidad fija de pomada Hg., que sea ó no toda absorbida. con tal que cure, esto nos basta y nos debe contentar.

Conviene aconsejar al enfermo que se haga las fricciones de noche. porque un 1/4 de hora después de fricción continua, está cansado, y como es de noche se acuesta y se pone á dormir; pero no hay inconveniente que se las haga de día.

Conviene que después de la fricción se ponga polvos inertes y encima un trapo de lana fijo ó de franela que impida la caída de la pomada y no la chupe; además se le dice al enfermo para asegurar este efecto que use camiseta y calzoncillo de franela y así tendrá siempre su cama limpia.

Otro error que suele cometerse es recomendar al otro día de la fricción el refregarse y bañarse por higiene, pero con ésto se disminuye la

acción. Solo á los 8 días ó á los 10 días si se refriega la espalda, se permitirá un baño tibio de higiene. Sin embargo en la cura sifilítica de Aix-la-Chapelle, se alterna la fricción con los baños termales del establecimiento, que la gente acude allí, pero los médicos de allí tienen el cuidado de hacer tratamiento más intenso aún en los casos leves en que dán 6 ú 8 gms. de pomada por vez y al otro dia un baño sulfuroso teniendo en cuenta la disminucion de la acción mercurial.

A pesar de todo Sommer ha visto, muchos casos curados en Aix-la-Chapelle, y que ante una manifestación sifilítica nueva: sometidos al tratamiento que nosotros recetamos aquí, ver que obra más ligero y mejor que el de Aix-la-Chapelle y todo porque aquí prohibimos los baños mientras que allá no y son sulfurosos, y éstos á veces no están indicados.

El uso de las fricciones no debe ser continuo, y así las fricciones deben suspenderse tan pronto como el organismo deja de eliminar todo lo que ingiere de sales Hg., se ha podido constatar examinando las orinas, que 6 meses después, se sigue eliminando Hg. por ellas.

Pero, ¿en qué momento está indicado el uso de las fricciones de Hg? Indudablemente que en cualquier momento, su uso en las sífilis es bueno: sin embargo hay indicaciones que las prescriben, más racionalmente: así en general y siempre conviene iniciar el tratamiento de la sífilis con las fricciones Hg., y más adelante solo se la usará para obtener efectos rápidos eficaces, vgr. si se tratara

de combatir una lesión nerviosa ó una úlcera cutánea específica, pero no las usaremos en una manifestación leve, porque á veces no es necesario.

He dicho que en un sifilítico conviene iniciar su cura con las fricciones: la razón está que, siendo la sífilis una enfermedad crónica por su evolución, después de la aparición del chancro, los fenómenos que indican la generalización de la sífilis, cefaleas, dolores generales, fiebre, etc., y otros síntomas, molestan al enfermo y que como ya dijimos muchas veces es lo único que indica al enfermo que debe ir al médico. Estos síntomas á la sífilis en ese período una modelidad aguda, que es menester que desaparezca y es por eso que con esos síntomas generales se aplican las primeras fricciones.

Iniciadas estas primeras fricciones, ¿cuántas se deberán prescribir? En general, el enfermo se dará 30 fricciones, sin embargo hay casos en que antes de las 25 fricciones el enfermo tiene salivación y estomatitis Hg., síntomas de la saturación de Hg. de parte del organismo y que indican pues, la suspensión de las fricciones. Por esto es que le diremos que se dé 30, pero antes de las últimas lo vigilaremos por si aparece la saturación antes.

Y en general no se pasará de las 30 fricciones, pues es menester que el uso sea intermitente para evitar la costumbre del medicamento. Se vé así como el que está acostumbrado á fumar, el tabaco no lo molesta mucho, así el Hg. no tiene su acción terapéutica en los sifilíticos que lo usan continuamente y así como al que dejare

de fumar uno ó dos meses al volver á renovar el fumar, manifiesta síntomas de acción nicotínica. es de allí que también tras de un periodo de descanso ó un ciclo de fricciones. el nuevo ciclo de fricciones volverá á accionar con la misma energía.

Después de esta faz aguda de la sífilis. y después de un descanso necesario. viene el quinto mes de la infección. la alopecia sífilítica y como el enfermo sabe que con esto el vulgo lo va á señalar con el dedo entre los demás. quiere que evitemos esa alopecia y entonces es menester de nuevo las fricciones en práctica porque su acción es rápida y eficaz. Después vienen nuevos periodos de calma. hasta que vengan las úlceras y los gomas en los que únicamente se puede contar con la acción de las fricciones en su desaparición.

Sin embargo esto no excluye otro tratamiento. vgr. las inyecciones. píldoras. etc., *pero de todos. las fricciones.* es el tratamiento más rápido. y eficaz: todos los demás. no son más que tratamientos *de moda*. y como toda moda. aparece. se generaliza y pronto decae. para dejar á las fricciones Hg. de pie.

El mismo *Fournier*. el hombre que más ha estudiado y escrito sobre *sífilis*. profesor y sucesor del gran *Ricord*. en la Facultad de París. desde hace 30 años dice. al hablar de las fricciones mercuriales en su obra «Tratamiento de la Sífilis»: «las ventajas capitales de *las fricciones mercuriales.* hay que colocarlas á la cabeza de esta exposición. y que constituyen para la sífilis un tratamiento activo y poderoso.

Y una de las razones que nos inducen á creer en estas ventajas, es que ellas datan desde hace muchos años, y una experiencia de cuatro siglos, contando con millares de observaciones, es la que puede atestiguar que las fricciones Hg. tienen una acción enérgica en la sífilis.

Pero hay más y es que en gran número de sífilíticos tratados por los otros métodos se ha tenido que usar las fricciones para tener alguna acción, que demuestra la menor eficacia de los demás: además en los casos de glositis hiperplásica que es difícil de desaparecer, solo las fricciones pueden hacerlo, lo que demuestra la acción preponderante de las fricciones, etc.

Y el doctor Sommer, piensa lo mismo, dice que no hay que someterse á las modas, y aceptar lo que como dice Fournier, ha sido experimentado hace 4 siglos.

Aquí en Buenos Aires, los profesores de enfermedades nerviosas y de Oftalmología, piensan lo mismo y sostienen que las fricciones mercuriales es el tratamiento más enérgico contra la sífilis.

Sin embargo las fricciones tienen sus inconvenientes en la práctica, así: 1º uno de los inconvenientes es que es menester seguir las reglas que dimos para que den efecto, sino es inútil; 2º que es algo sucio; 3º que para un sífilítico que en el curso de su sífilis terciaria se casa y á lo mejor aparece un goma, es algo penoso para su mujer verlo en su cama cubierto por las pomadas pudiendo ella sospechar de él aunque este asegure que lo hace para combatir un reumatismo ó una anemia, etc.

Sin embargo no hay que ser exclusivista y creer que solo las fricciones son las únicas que tienen acción, pues hay algunas veces casos en que las fricciones no tienen acción alguna, y entonces siendo eclectico, uno recurre á las inyecciones, que en este caso solo ellas dan resultado. Y en el Congreso de 1884, al que asistía el doctor Sommer, se discutía sobre el tratamiento de la sífilis y Kaposi entonces, dijo: pero, señores ¿no es las fricciones el único tratamiento mejor? Y los congresales á una vez exclamaron: ¡Natural! doctor, ¡sobre eso no hay más que discutir!!! Y el doctor Kaposi, rebosando de alegría, reposábase satisfecho en su sillón. Se discutía sobre cual sería el sucedáneo en el caso en que las fricciones no diesen resultado. Pero esto es raro y es más fácil que se nos presenten casos de sífilis tratada por inyecciones y en que estas no dan resultado y en que las fricciones sí. Sin embargo hay casos en que ni las fricciones ni las inyecciones no dán resultado y sin embargo con la sola administración de píldoras de Hg. el enfermo se cura, y aún hay casos más raros, en los que después de haber intentado infructuosamente, todos los métodos del tratamiento mercurial, con la sola observación de las reglas de higiene sin ningún tratamiento, se ha llegado á curar.

Parece indudablemente que lo que había era una sobre-saturación hidrargírica y en la que un tratamiento higiénico expectante permitió la eliminación del exceso de Hg. ingerido por tantas vías y por lo tanto la curación del enfermo.

Baños mercuriales. Antes se le usaba prescribiendo 1 á 2gr. de Cl^2Hg . por cada baño en los niños y de 5 á 8gr. en los adultos, dejándolo una hora los primeros y un poco más en los segundos. Solo dá algún resultado en los individuos de piel muy absorbible y en baños prolongados; es molesto y ha caído en desuso.

Fumigaciones mercuriales

Para esto se usaba el cinabrio y se echaban 4 á 6 gramos en un fumigador, un aparato especial en el que cabía la cabeza del enfermo que absorbía los vapores mercuriales por la piel del cuerpo.

Emplastos mercuriales. — Uno fué el que los introdujo y los pegaba al enfermo, dejándolos allí un poco de tiempo para que se absorbiesen, después los despegaba y pegaba otro en otro punto, y así de seguida.

El mercolint era un tejido embebido de Hg. metálico, que se aplicaba igual que el emplasto, pero todo ésto ha caído en desuso. De todas estas variedades del tratamiento epidérmico solo subsisten y subsistirán para siempre *las fricciones* que deben ser las primeras en usarse en todo sífilítico.

2º. *Tratamiento mercurial hipodérmico. Las inyecciones.*—Hebra fué el primero que ideó este

tratamiento de la sífilis, pero el que lo ejecutó con más método y eficacia fué Lervin de Berlín y *Scarencio* en Italia, el cual desde 1864 introdujo así al calomel, usando la Geringa de Pravaz. Después de estos autores, muchos otros, deseando ser autores de algún invento que perpetuara con él su nombre, aplicaban distintas formas y fórmulas de inyección y sosteniendo cada uno que la suya superaba á las demás, aunque realmente, eran todas más ó menos buenas y más ó menos malas.

Existen dos métodos de inyecciones hipodérmicas: el *método de inyección de sales solubles* y el *de sales insolubles* ó sales también llamadas *masivas*.

Lervin de Berlín, fué el primero que usó las sales solubles, y prescribió al Cl^2Hg , en solución acuosa salada, y en la que cada gramo de la solución que inyectaba por vez, tenía 0gr.01 de Cl^2Hg .

Pero como el bicloruro de Hg, no era muy absorbible, vino Staub, quien, al Cl^2Hg , agregaba clara de huevo ó inyectaba como albuminato de Hg, y queriendo hacer la sal todavía más absorbible, *Martineu*, la inyectaba de peptonato de Hg, y era tan entusiasta de su eficacia que decía: ¿á qué exindir al chanero si de todos modos mi peptonato lo cura después sin sufrir?

Después *Liebreich*, preconiza al formamidato benzoato, bicianuro y biyoduro de Hg, en soluciones acuosas y oleosas: el doctor Sommer dice que el biyoduro de Hg., fué la última moda en boga, y va cayendo en desuso, por ser inútil, pues como lo

probó después Lerrede, es la sal de Hg. que menos mercurio contiene.

El biyoduro de Hg. fué preconizado por *Panas*, en aceite, usado después por Fournier y Barthelémy; y el doctor Sommer lo empleó mucho al principio pero se llegó á convencer que no tenía ó tenía poca acción.

El doctor *Lagleyze* usaba también el tratamiento de *Panas*, y las iritis sifilíticas que él trató así no se modificaban casi nada, estando así de acuerdo con el doctor Sommer en rechazar dicho tratamiento. Y si esto sucede con la iritis que es una lesión sifilítica leve inflamatoria, ¿qué no sucederá en las lesiones más intensas?

Para convencerse el doctor Sommer, compró personalmente en la Farmacia en París, en donde el mismo Fournier hacía preparar las soluciones y trajo aquí varios frascos que experimentados vió que no dieron ningún resultado y de allí que está convencido de su ineficacia.

El bicloruro y bicianuro de Hg., son de acción mucho mayor.

Todas las modificaciones que se han hecho en las inyecciones con sales solubles, se han hecho con el fin de disminuir el dolor de la inyección, así la inyección de 0.01 gramos de Cl^2Hg , es muy dolorosa y deja un empastamiento persistente. El biyoduro es más tolerado y el bicianuro de Hg. es también menos doloroso pero tiene un inconveniente: el de producir una rectitis con pujos violentos y frecuentes, acompañados de melena, y se ha podido comprobar que es más bien debido al radical (CN) que al Hg., la acción sobre

el intestino, dando una *enteritis membranosa hemorrágica*.

El doctor Sommer ha podido comprobar que el radical (CN) es el causante, pues á un blenorágico que le inyectaba NO^3Ag ., se le cayó una gota en la camisa y como se manchó, se la sacó con CNK, pero, como eso era la parte de camisa que toca al ano y como aquella estaba húmeda, el CNK se absorbió por el ano y al otro día venía el señor protestando por una rectitis cuya procedencia parece estar demostrada. Era el CN y no el Hg., pues éste no había sido usado.

¿Cómo se deben hacer las inyecciones hipodérmicas? Ellas han producido antes más que ahora, abscesos en el lugar de la inyección, y Sommer relata un caso en que 35 inyecciones le produjeron 35 abscesos; la razón estaba en que las inyecciones fueran dérmicas y no hipodérmicas, pues el dermis se irrita más que el hipodermis y ya no eran abscesos, sino úlceras mercuriales.

¿Pero las inyecciones hipodérmicas de sales de Hg. es indiferente hacerlas en cualquier punto? No, hay puntos menos sensibles que otros. Se comete muchas veces el error de inyectar en el brazo; es muy doloroso y no se puede mover más el brazo por algún tiempo.

La nuca es para las inyecciones el punto más sensible. 3 son los puntos de elección para las inyecciones:

1º El dorso-lumbar de cada costado de la columna vertebral.

2º El punto de Sinirnoff que fué el que hizo renacer las inyecciones de calomel que ya habían

caído en desuso, y que inyecta en la foseta retro-trocanteriana que es depresible.

3º El punto de Galliot en la región glútea, determinado por la intersección de dos líneas convencionales, la una horizontal pasando á dos traveses de dedo arriba del gran trocater y la otra línea vertical que separa el $\frac{1}{3}$ externo de la nalga de sus $\frac{2}{3}$ internos.

Esta última región es la más elegida.

Lo curioso en estas inyecciones y mas aún de las sales solubles es la formación de abscesos asépticos: no hay microbios, es una papilla de tejidos mortificados rojizos, pero en la que no hay microbios: es quizá debido á una esfacelo de la inyección misma: son menos frecuentes ahora que antes: y son mentables; no son culpables ni el médico ni el practicante: la causa es desconocida: y todo aquel que se lisongeara diciendo que de 500 inyecciones no ha tenido ningún absceso, lo llamaremos sin más trámites *un embustero*.

Se dice que la ventaja del método de las inyecciones está en que se sabe la cantidad fija de sal que se inyecta y que todo eso es la sola absorbida: pero Sommer dice que no es cierto y que aquí existe el mismo empirismo que en las fricciones á las que se les objeta que no se sabe lo que deja pasar, pues en las inyecciones, si bien está toda la solución en el tejido celular, eso no nos quiere decir que todo eso se va á absorber ni cuando se absorberá; pues en la extirpación de tejido celular varios días después de la inyección, se pudo encontrar en él una gran cantidad de Hg. aún no absorbida.

Las inyecciones insolubles de calomel y aceite son más peligrosas que las solubles.

Las ventajas de las inyecciones son: limpieza y facilidad del tratamiento; y muchas veces eficaz; pero si la inyección no es dolorosa el enfermo se somete con facilidad, pero si por casualidad inevitable se pincha algún filete nervioso y le duele mucho, es inútil; ya no se dejará fácilmente inyectar, tanto más si le deja algún nódulo doloroso que le impide sentarse.

Antes se hacían estadísticas de cada tratamiento, levantando el número de recaídas posteriores á él, y se decía que el mejor era aquel que menos recaídas tenía. Pero esto no es exacto pues la sífilis tratada ó no, se caracteriza siempre por estas recaídas; lo que hay es que el mercurio aleja más el peligro de una sífilis terciaria.

Inyecciones de sales Hg. solubles.—*Ventajas.*
—1ª Sus partidarios dicen que con estas inyecciones se tiene la seguridad de que el enfermo tenga en sí al medicamento, porque objetan que las fricciones ó las píldoras en que uno se confía en el enfermo, éste ó las hace mal ó no las hace y si está en el hospital aún cuando se le administra en píldoras, él sabe que son de Hg., y las esconde debajo de la lengua para después escupirlas y así imposibilitar al tratamiento; todo esto se salva haciendo el mismo médico la inyección de sal Hg.

2º Otra ventaja que se le dá es que con las inyecciones de sales Hg. solubles se sabe de antemano la cantidad dosada; pero esto no quiere decir que no se sepa también en los demás modos de

tratamiento: además, eso de que por ser sales solubles se absorben con facilidad no es exacto, porque ya dijimos que el análisis de la región de la inyección unos días después de haberla efectuado se demostró que en esos tejidos había aún una gran cantidad de Hg. que no se había absorbido.

3ª Otra ventaja es que la inyección hipodérmica de sales solubles impide las recidivas posteriores y dicen que si por los otros tratamientos un 80 % tenían recidivas, por este otro en cambio se reducen á un 40 %; pero esto no es exacto porque la sífilis es una enfermedad que se caracteriza por esas recidivas que siempre aparecen y el doctor Sommer dice que por cualquier tratamiento que se instituya en contra de la sífilis en todos tendremos el 100 % de recidivas, así que no existe tal ventaja.

4ª Un señor Pelagatti dice que con este tratamiento ve una economía en los hospitales, pues si un enfermo antes se tenía 10 ó 12 semanas, ahora con estas inyecciones basta 5 ó 6 semanas, de modo que hay más rapidez. Pero esto es un gran error, pues la sífilis no es curada ni con 5 ni 15 semanas.

5ª Otra de las ventajas es la limpieza del enfermo y la ocultación de su enfermedad.

Respecto de la ocultación no es *exacto*, porque un marido no ocultará á su mujer los puntos dolorosos que á ella le harán sospechar, y después la repetición de las inyecciones cada dos días en casa de un sífilógrafo, harán de él inequívocas sospechas al verlo entrar.

6ª Se dice que las inyecciones de sales solu-

bles Hg., no son dolorosas. Esto no es cierto, porque la inyección de cualquier solución de sales Hg. son por lo general dolorosas. Eso de que haya personas insensibles al dolor, lo aceptamos, pero son raras.

Podemos decir que puede haber 3 variedades de dolor: 1º un dolor en el acto de introducir la aguja, pues se puede pinchar algún filete nervioso; 2º otro dolor próximo á la inyección que dura unas 2 ó 3 horas; 3º un dolor lejano á la inyección y que dura varios días.

7ª Otra ventaja de las sales solubles es que impide las sífilis terciarias: á esto todas tienden á hacerlo, pero ninguno lo hace de un modo absoluto. Hay que tener presente que los estudios de las inyecciones de sales solubles han sido emprendidos en sujetos con sífilis secundarias, únicamente.

Pero ya hemos visto casos de roseola sífilítica en que espontaneamente se curan por la acción natural del organismo, y las demás sífilides reaccionan fácilmente contra cualquier tratamiento mercurial, así que no nos podemos fundar en que un tratamiento es muy bueno en el solo hecho de curar á las sífilides secundarias desde que éstas retroceden ante cualquier tratamiento: y sin embargo cuando esos individuos llegan á las sífilides terciarias, echan mano á las fricciones ó la inyección de sales insolubles, reconociendo así la insuficiencia de las sales solubles.

8ª Otra ventaja dicen, es que las sales solubles no dan en general estomatitis, y que la estomatitis sobreviene únicamente en las perso-

nas anti-higiénicas y que usan los otros tratamientos Hgs. Por lo que toca á aquellos de que únicamente la sales solubles no dan estomatitis, diremos que es una mentira: porque todo organismo tratado por cualquier vía, con sales de Hg., cuando se satura aparecerá siempre ó la salivación ó la saturación.

Y por lo demás obsérvese que en la mujer que tiene en general la dentadura mejor cuidada que la del hombre, la inyección de sales solubles determina en ella muchas veces y rápidamente una estomatitis mercurial.

Inconvenientes. — 1º No es más activa su acción que la de las sales insolubles y las fricciones Hg.; pero dice el doctor Sommer, esto no quiere decir que hay que rechazarlas, hay que ser eclético y buscar lo que le conviene al enfermo.

2º Cuando se hace una inyección de sales solubles queda en ese punto una nudosidad á veces muy dolorosa y á veces una estomatitis que no se puede impedir, porque el Hg. acantonado sigue dañando; no sucede así en la administración externa del Hg., porque una vez aparecidos los síntomas de saturación se hace detener el tratamiento y la estomatitis se detiene también.

3º Si en el punto donde se hace la inyección se le da un golpe ó masaje ó si la inyección es hecha en las nalgas se anda enseguida á caballo, se obtiene aunque sea con la influencia del frío intenso una estomatitis intensa.

Indudablemente que la inyección de las sales solubles, antiguas, son pequeñas y Leredde y otros

sostienen vgr. que el bicianuro de Hg. que antes se daba en dosis de 0.01 egr. es ahora dosis insuficiente y aconseja elevarla á 0.02 y 0.03 egr. ¿Cómo es esto que ahora los mismos partidarios de las sales solubles reconocen que es menester elevar la dosis? No hacemos con esto ningún cargo á los que así proceden, antes bien reconocemos su hidalguía y los felicitamos por el cambio, pues solo los ignorantes no se convencen. Y sin embargo esta dosis elevada de bicianuro de Hg. es algunas veces tóxica y aquí en el hospital San Roque se ha experimentando.

Lo mismo sucede con el biyoduro de Hg. y Panas que lo preconiza daba 0.04 y 0.05 egr. por vez, pero ahora Prokoroff eleva la dosis de tal manera que llega á 0.20, 0.30 y 0.40 egr. de biyoduro de Hg. que á pesar de todo es muy eficaz en algunos casos que más tarde señalaremos. Pero á estas inyecciones de Prokoroff acompaña un estado de intoxicación Hg. á veces sin estomatitis, pero que deja al enfermo por dos ó tres días en una postración intensa.

Sin ir tan allá vemos en las revistas que casi todos los partidarios del biyoduro han aumentado la dosis. Se puede decir que casi todas las sales solubles de Hg. que se conocen han sido experimentadas, pero son pocas las empleadas.

Así el Cl^2Hg . es una de las sales más activas pero la más dolorosa: el peptonato igual el biyoduro es menos, pero como se ve, todas las sales son más ó menos dolorosas. Al hacer una inyección de sal soluble deben tenerse en cuenta ciertas maneras de proceder:

Así se esterilizará bien el líquido á inyectar, la geringa, aguja, depósito del líquido, manos del operador, y lugar de inyección que algunos lavan bien con jabón, luego éter y alcohol y por fin todavía algunas pinceladas de tintura de yodo, inyectando y luego tapando la herida con colodion elástico.

Sommer no juzga más necesario de todo eso que dar unas pinceladas de tintura de yodo sin tapar con colodion.

Sin embargo para inyectar con todo arte se debe pinchar en el hipodermis la aguja y luego separar el cuerpo de la geringa para ver si se ha caído en algún vaso importante, porque sino inyectando así sobre todo con las sales insolubles se han tenido embolias mortales. Además las inyecciones se harán en los puntos de elección ya citados y distanciando una inyección de otra por lo menos de 1 ctm. para evitar con esto la formación de esos abscesos asépticos tan dolorosos.

¿Qué número de inyecciones se dan?

Se dan 20, 30, 40 inyecciones seguidas tantas como sea necesario para combatir y hacer desaparecer los síntomas: pero algunos después de 2 ó 3 meses de descanso vuelven á principiar la serie de 20, 30 ó 40 inyecciones y así después otros dos meses de reposo y luego otras 30 inyecciones y así sucesivamente. El doctor Sommer dice que las inyecciones no deben usarse más que en una serie de 20, 30 ó 40 según las necesarias.

Las razones que dá son: es un tratamiento muy costoso pues el enfermo se ve obligado á comprar estas sustancias esterilizadas que son caras y después que cada 2 ó 3 días tiene que ir

al médico; además á una persona empleada en sus negocios le es muy molesto ir tantas veces al médico.

Inyecciones de sales Hgs. insolubles ó inyecciones mercuriales masivas.—Este tratamiento que fué iniciado por Scarenzio, fué luego abandonado por la falta de antisepsia por un lado y por el otro porque no se tenía la práctica aún de las inyecciones y la experiencia fué la que demostró después los puntos de elección.

Fué, pues, Scarenzio el que en 1864 introdujo por primera vez al *calomel*, pero casi todas las inyecciones eran seguidas de abscesos y por eso que su uso fué abandonado.

Pero después en el Congreso Médico de Copenhague al que asistió el doctor Sommer, Smirnoff delegado ruso presentó un trabajo sobre resurrección del calomel en la sífilis, y con una estadística notable. Algunos le objetaron que el calomel daba inconsiderablemente abscesos, á lo que Simirnoff respondió que con la antisepsia y el nuevo modo de inyectar se logra disminuir mucho la frecuencia de los abscesos y así los logró convencer de tal modo que fué aceptado por todos y su uso de nuevo se extendió.

Después se pretendió introducir las inyecciones de óxido rojo, amarillo y negro de Hg., pero que se han abandonado y queda solo el calomel.

Lang, de Viena, preconiza al llamado *aceite gris* ó mercurio metálico en suspensión en aceite; el calomel fué usado en aceite puro, pero ahora se considera al aceite de vaselina como su mejor

vehículo y se dan el calomel en dosis de 0,05 y 0,10 ctgrs. aún más y el aceite gris en general dos ó tres centigramos y también de cuatro ó cinco gotas: ambos son muy peligrosos, los efectos de intoxicación y estomatitis son frecuentes y son los que más muertes han acarreado por intoxicación.

En los casos de intoxicación, se ha logrado salvar al enfermo, extirpando y raspando el foco de inyección para evitar así la muerte tóxica. Pero si bien son tratamientos muy peligrosos son también muy eficaces. Tiene este tratamiento de sales insolubles, sus ventajas y desventajas.

Ventajas.—Es evitar la molestia de tener que inyectar cada 2 días como sucede en las sales solubles, y aquí bastan 8 días. Se dice además que el calomel se acantona en el foco de inyección, y se va absorbiendo con lentitud, sucede, dice irónicamente el doctor Sommer, como si se introdujera un veneno en un punto de la piel, y se dijese al organismo: allí tienes al medicamento, mira que es un veneno, sé inteligente y escoge solamente lo que necesitas. Pero esto son errores. Es pues un medicamento peligroso, que no debe usarse sino en casos muy urgentes, en que se necesita una acción rápida vgr. en la sífilis ulcerosa terciaria ó en las sífilides vegetantes. é indudablemente aquí el calomel ó el aceite gris son más eficaces que las sales solubles. El doctor Sommer piensa que no deben hacerse muchas inyecciones, sino muy pocas solamente.

En el último congreso, *Petrini*, ha propuesto usar el calomel muy puro suspendido en agua

pura, y dice que es más tolerable que el aceite.

El doctor Sommer lo ha usado aquí y ha podido comprobar que solo en el momento de la inyección el dolor es más intenso pero que después no hay el empastamiento doloroso del aceite gris ó del calomel en aceite.

El calomel debe usarse en general en dosis que no debe excederse de 0.05 cgr. pues el frío, etc., puede favorecer la estomatitis y así no nos debemos pasar y salvo en algunos casos de urgencia usaremos dosis de 0,10 cgr.

El aceite gris lo usaremos en dosis de 2 ó 3 gotas, y de 4 ó 5 gotas en casos excepcionales: su preparación es difícil y se recomendará bien su esterilización á un farmacéutico inteligente é idóneo.

3º *Tratamiento interno.* — Se han usado muchas preparaciones por esta nueva vía y entre ellas están las *píldoras*, entre las que se usaron las *píldoras azules*, en las que el Hg. está al estado metálico, pero poco abuso se hizo de ellas y se recetaban á la dosis de 0.05 cgr. c. u. Este tratamiento ha sido poco usado á causa de su poca fijeza, pues en algunos casos se sentía su acción y en otros nada. Ha habido después otras preparaciones con el mismo Hg., vgr. las llamadas *píldoras de barbarus*.

Después se ha usado *el bicloruro de mercurio*, que es más usado y se da en píldoras de 0.01 cgr. c. u. y dos veces por día como en toda píldora de Hg., y á veces aún 3 veces en los casos de acción más enérgica. Se la ha usado bajo diver-

Las formas farmacéuticas, así antes se usaba mucho el licor de Van Svieten, que es una solución acuosa y alcohólica de Cl^2Hg . al 1^o/₁₀₀, es una manera cómoda y barata, pero tiene el inconveniente de su sabor desagradable y produce irritaciones gastro-intestinales.

El Cl^2Hg . se lo ha dado también en solución acuosa, jarabes y píldoras.

Existen aún las píldoras de Dupuytren así formuladas:

Rp.

Bicloruro de Hg.	0,01 cgr.
------------------	-----------

Extracto de ópio	0,02 »
------------------	--------

Extracto de Guayaco	0,04 »
---------------------	--------

Para 1 píldora: X.

Ha sido antes muy usada y aún hoy se usa. Siempre que vemos agregar á la sal de Hg., extracto de ópio, guayaco, etc., es para contrarrestar la acción irritante del Hg., que dá diarrea que es combatida por el ópio, pero la dosis que se receta en las píldoras de Dupuytren es exagerada, pues como en cada uno tiene 0,02, como se toma dos píldoras por día, se ingiere 0,04 cgr. de ópio por día, y si esto se repite por día, semanas y meses, se comprenderá que si bien habrá personas que la soporten, en cambio otras tienen somnolencia, vómitos, etc. Así que con razón algunos autores han reducido á 0,01 esta dosis y aún á menor cantidad y con esto es sufi-

ciente y evitaremos las náuseas, vómitos, pesadez mental, etc. El extracto de guayaco puede ser reemplazado por cualquier otro, porque no tiene acción alguna, sirve para dar consistencia á las píldoras: á este respecto diremos que el farmacéutico debe saber que esta consistencia no debe llegar á la dureza, sino que deben ser blandas para permitir que se deshagan en el estómago, de otro modo no son disueltas por los jugos digestivos, y es entonces el bicloruro eliminado junto á las materias fetales y sus acciones inútil. De allí que si no se sabe la competencia del farmacéutico, se debe hacer constar en la receta que las píldora deben ser blandas, no duras.

El Cl^2Hg . se ha recetado en esa forma y algunos han llegado á administrar menos de 0.01 y *Brocq*. sostiene que, siempre que se haga un tratamiento Hg. interno, conviene fraccionar la dosis para que se absorba mejor y además para saber graduar la dosis del medicamento, según la idiosincracia de c/u.

Conviene en general cuando damos píldoras ó licores y en general cuando se dá cualquier medicamento irritante, no darlo como hacen algunos antes de la comida: así si damos antes el Cl^2Hg . que es irritante, estando el estómago vacío provoca una gastritis dolorosa, mientras que si lo hacemos usar á medida que se come ó después, la comida se mezcla íntimamente con el medicamento y se absorbe á medida que se efectúa la absorción intestinal y se evita la gastro-enteritis hidrargírica.

Mientras que cuando se administra un medicamento que obra sobre el estómago, entonces se le dá antes de comer para que obre mejor.

Después se ha usado el *calomelano* y antes anduvo muy en boga á la dosis de 0.01, 0.02 y 0.03 cgr., y se lo usaba mucho porque produce rápidamente la salivación, factor importante, pues pesaban la saliva para saber si el individuo había eliminado *la materia pecans*; entre tanto la estomatitis avanzaba y los dientes mal cuidados se caían.

Después se usó el *protoyoduro de Hg.*, es una de las sales que como el Cl^2Hg , son las dos más convenientes para el tratamiento interno.

Se lo usa á dosis más elevadas aunque no tanto como el tanato de Hg.: y así se lo dá en dosis de 0.03, 0.10 gr., y más á menudo en dosis de 0.05 cgr. en píldoras porque no es soluble, y agregando una mínima cantidad de extracto de ópio con los mismos fines.

Se han hecho estudios comparativos entre el Cl^2Hg y el I^2Hg^2 , y tienen inconvenientes distintos. Así el protoyoduro dá rápidamente la estomatitis, y el Cl^2Hg lo dá también, pero más tarde. Ambos obran sobre el aparato gastro-intestinal, pero el Cl^2Hg dá más á menudo gastritis, mientras que el I^2Hg^2 obra más especialmente en el intestino: de allí que es necesario tener en cuenta la dentadura, el aparato gastro-intestinal, pero de todas las sales de Hg. por la vía interna, son ellas las más usadas y las que se seguirán usando, pero las otras no son más que modas y como toda moda, desaparecerá.

El I^2Hg^2 en las mujeres se debe dar á dosis menores, en general de 0.04 cgr., pero como dice *Broc*, hay que tantear.

Sin embargo hay personas en que las sífilides solo reaccionan con dosis de 0.10 por cada pílora y tomando 2 píloras.

Además hay que tener en cuenta la salud general, estatura y peso; así en los niños y enanos se darán más pequeñas. Otra sal es *el biyoduro de Hg.* que es de moda lo mismo que las inyecciones de I^2Hg^2 , pero decaerá; es muy irritante; á la dosis de 0.01 se lo usa, pero puede obrar sobre el aparato gastro-intestinal. Se lo asocia al IK , que es más tolerado y así es célebre *el jarabe de Gibbert*.

Rp.

Sirop simple 500 gr. | 1 cucharada

Biyoduro de Hg. 0.20 cgr. | Biyodur. Hg.=0.008

Yoduro de K. 10 gr. Yoduro K.=0.40

que habia sido abandonado y que ahora vuelve á usarse y si el doctor Sommer lo usa es para ensayar.

Pero si recetamos menos frecuentemente las píloras, no es porque la solución es mejor, sino que teniendo en cuenta que las píloras son muy trabajosas de hacer y que el farmacéutico no las hace por lo tanto bien y es más costoso, de allí pues que recetamos muy á menudo la solución más que las píloras; pero la solución á pesar de todo no es muy eficaz.

El licor de Van Swieten es más eficaz que el Jarabe de Gibbert: es más fácil su preparación y más barato.

El tanato de Hg., que fué preparado y preconizado por Lutzgarten porque se creía y sostenía que no tenía los inconvenientes anteriores, gastro-intestinales, y porque se puede dar en dosis mayores de 0.10 gr., pero entonces puede ser irritante y dar diarreas: sucede aquí como con el calomel que á dosis pequeñas es absorbido en el intestino y cuando la dosis es grande cuanto más lo sea, más irrita al peristaltismo intestinal y obra como un purgante: de allí que con el tanato de Hg. sucede lo mismo.

Esto es un resumen *del tratamiento interno mercurial*; es el que más se usa, porque es el menos molesto para los enfermos á quienes es difícil que durante el período de una sífilis se le obligara á estarse friccionando siempre, ó á concurrir siempre á las inyecciones del médico, pero en el intervalo de las fricciones ó inyecciones que son intermitentes, se recurre á este tratamiento interno que en general es menos eficaz que ellas, pero sin embargo en algunos casos de fracaso de las fricciones é inyecciones, sometido el enfermo solo á las píldoras, éstas obtuvieron un éxito inesperado; es una idiosincracia del sugeto para el tratamiento.

Pero antes de terminar volveré á insistir que *las dos únicas* sales que tienen acción en este tratamiento interno son: el Bicloruro de Hg. y el Protoyoduro de Hg.

Tratamiento yódico

Yo K.—Ya dijimos que no es solo el mercurio el que tenía acción en la sífilis, sino que todas las sales metálicas se han usado, y todas tienen su acción, pero de todas estas, es el *Yoduro de Potasio*, que utilizado y preconizado por Ricord, desde mediados del siglo pasado, es el que después del Hg. más se usa en la sífilis y para algunas lesiones sífilíticas obra más rápidamente que el Hg. aunque mejor es el tratamiento mixto.

Pero el *Io K.* tiene también como el Hg. sus inconvenientes; aunque éstos no son tan frecuentes, pero es menester recordarlos, para no confundirlos como síntomas de sífilis, lo que sería peligroso para el enfermo.

Así el *Io K.* produce *el acné yódica*, es quizás el menos incomodo de todos los inconvenientes: aparece en la cara y por el cuerpo, pero esto no sucede en todas las personas sometidas al yoduro, sino en las predispuestas, en las que ya tienen seborrea, etc. Entonces al mismo tiempo que éstas toman el *Io K.* deben modificarse ese terreno, por un régimen alimenticio apropiado, prohibiendo los farináceos, la ingestión abundante de líquidos y una antisepsia gastro-intestinal con Naftol (B) 0,50 cgr., que combatirá la dilatación de estómago etc., que lo predisponen; lo mismo le diremos que se lave con jabón de azufre.

Otras veces dá un coriza agudo con un derrame seroso no mucoso, muy abundante, una

conjuntivitis ligera, una faringitis, con un rubor intenso de la faringe, un ardor, dolor y una sequedad molesta, pero no son estos los inconvenientes importantes.

Así en algunos casos raros se produce primero un edema tal de las párpados que no los pueden abrir, lo mismo después puede sobrevenir un edema de la glotis y del pulmón, que ha sido necesaria la traqueotomía para arrancarlos de la muerte á que los llevaba este yodismo sobre individuos con una idiosincracia especial para estos edemas. De los casos observados parece que esto sucede cuando se inicia el uso del IoK á pequeñas dosis de 0.50 cgr., y esto recuerda á los reflejos mortales del laring en la cloroformización que son más frecuentes al principio, y *Fournier* dice á este respecto que él emplea el IoK á dosis mayores de 1 gramo, desde el primer día, y no sabe si atribuirlo á esto ó á una suerte, el hecho es que él no conoce esta intoxicación en los individuos que él trata con IoK .

Para aplicar estas intoxicaciones se han emitido muchas teorías y la que *Sommer* emite es esta: «así como el calomel á dosis mayores es purgante y cuanto más calomel más acción purgante se produce, así también, el IoK que al eliminarse por el riñón obra como diurético cuanto más IoK más diuresis y más eliminación, y cuando es poco 0,50 por ejemplo, provoca poca diuresis ó nada y falta de eliminación y de allí la intoxicación».

Hay pues que vigilar á los enfermos y cuando ellos se quejan de dolor de garganta, que los

ojos se hinchan, que tienen sofocación, hay que detenerse. El Io K del comercio, no es puro, tiene yodatos que son más tóxicos y con razón dice Fournier que á un gran químico que él curaba con yoduro, el químico lo preparaba él mismo, porque sabía muy bien que el Io K del comercio es impuro. *Existe una solución de Io K de Soufrón*, que parece que tiene Io K más puro porque usada en aquellos casos en que la fórmula común:

Rp.

Ioduro de potasio	{	—
Agua destilada por gotas		
	aa	20 gramos.

dá los fenómenos de intoxicación, con la solución de Soufrón esos accidentes disminuyen lo que indica que tiene Io K más puro.

¿A qué dosis daremos el Io K ? Depende de los síntomas de la sífilis. Así, 3 ó 4 gramos por día en general bastan, no hay necesidad de excederse; pero si se trata de curar á una sífilis cerebral, á un goma de la nariz, es menester llegar hasta dosis de 10 gramos por día.

Esto no quiere decir que en algunos casos no se pueda ir más allá, pues á un enfermo del doctor Sommer que le habia indicado principiase por 2 gramos por día y fuera subiendo de á poco en el mes, fué subiendo por varios meses y llegó á tomar 600 gotas por día, es decir 30 gramos (1 gramo = 20 gotas), y sin embargo estaba lo más contento. Sin embargo no hay que pasarse entre 10 y 12 gramos. Cuando hace-

mos tratamiento curativo bastan 4 ó 5 gramos por día, pero tendremos en cuenta el tamaño y constitución del enfermo.

¿Bajo qué forma se dará el Io K ? Es por gotas de una solución de Io K y agua aa, principiando por 30 gotas que se echan en un vaso de leche ó sino de café ó mejor que éste es la cerveza, que se hace así como correctivo al sabor desagradable, salino y metálico del Io de K . Natural que se puede recetar en jarabes por cucharadas: pero, para una persona que tiene que salir á comer en diferentes puntos, le es más cómodo llevar un gotero en su bolsillo que un frasco que le incomoda. Natural que el Io K se tomará después de cada comida.

El Io Na y el Io NH^4 también se han usado pero no son tan eficaces como el Io K .

Se han usado la tintura de yodo y el yodoformo, éste en píldoras de 0.10 egr. cada una, tiene un olor desagradable é irritante: si se trata de personas con dilatación gástrica con eructos frecuentes, estos últimos huelen á yodoformo que dá gusto y disgusto.

¿Cómo obra el Io K ? En general, el vulgo cree que se dá Io K porque hace eliminar al Hg , ingerido antes, esa sustancia tóxica tan aterradora; y tal es así que, cuando se trata á un sífilítico por el Hg , por un tiempo, al fin le pregunta al médico ¿pero doctor, y cuando me va á dar Io K para hacer salir al Hg , que he tomado?

En efecto, dice el Dr. Sommer, algo de razón hay en esto, y el TK hace eliminar más Hg , porqué es diurético, pero esto lo hace como lo haría

cualquier otro diurético. Es así pues que en aquellos casos que Sommer llama *de saturación Hg*, en que por más fricciones que se hagan el Hg no obra nada, porque hay mucho Hg ingerido: en esos casos, digo, se explica que suspendiendo el Hg y reemplazándolo por el Io K, se obtenga resultados tan favorables, pues al cabo de un tiempo de eliminación Hg, recién se obtiene su acción.

Pero, sin embargo el IoK, tiene una acción eficaz y esto de una manera visible contra ciertos síntomas sífilíticos.

Así al iniciarse la sífilis 2ª, en esa faz dolorosa de la sífilis, con cefaleas nocturnas, etc., todos estos dolores desaparecen rápidamente por el Io K. Lo mismo desaparece cualquier lesión ósea y todo esto sin Hg.

Más tarde el IK hace que la acción del Hg sea más eficaz cuando ambos se reúnen para combatir á la sífilides ulcerosas superficiales en que el período 3ª parecería haberse anticipado. Lo mismo sucede en las S. pápulo-vejetales en que el IoK es eficaz.

Pero, indudablemente á donde la acción del IK se hace sentir de una manera notable y visible, es en la sífilis 3ª, en donde las lesiones se modifican y curan por la acción sola del IoK: natural que si se asocia el Hg es mejor porque el Hg hace bien contra cualquier síntoma sífilítico. Así pues si en un sugeto con un testículo con sarcocele sífilítico cuya tendencia es á la neurosis, se administra Io K y todo desaparece, la acción específica del Io K es indiscutible.

Pero, con el IoK ¿podría curar sólo á la sífilis? — No..... No se podrá — El Io K no tiene una acción tan intensa como la del Hg. pues se puede curar á la sífilis con el Hg solo y no se puede con el IoK sólo, sinó combinado al Hg.

El Io K como hemos visto en algunos casos no se puede dar por una idiosincrasia especial. Tampoco el IoK tiene una acción prohibitiva en las lesiones sífilíticas que él puede curar, pues ellas reinciden.

Es una sal que tiene una acción específica para las lesiones sífilíticas que ya citamos, y que debemos usar en los intervalos del tratamiento Hg. Es natural que se diga que los exantemas sífilíticos, roseolas y pápulas son curadas por el Io K, pero eso no tiene nada de particular cuando ellos se vãn solos por el vix-medicatras natural de los antiguos.

Otros tratamientos anti-sifilíticos

Los que aseguran que hacen tratamiento curativo de la sífilis sin el Hg, mienten, es imprescindible: y hasta hay algunos que dicen que no curan por el Hg, sino por inyecciones y no hacen mas que decir que no lo usan con la palabra y se lo inyectan, por la geringa. — Cuando se descubrió la América, apareció en Europa la epidemia de la sífilis y se creyó que fué importada de América como falsamente lo asegura Oviedo, pues la sífilis ha sido siempre euro-

pea: de allí que se vino en busca de los arbustos con propiedades curativas, llevándose leñas de *guayaco*, *sasafrá*, *zarzaparilla*, *esquino*, con los que se prepararon los célebres *sirops depurativos* que tuvieron tal voga que por 30 años se abandonó al Hg, y hasta los poetas ensalzaron su eficacia en la sífilis. Pero pronto vieron su error, y el *uso del Hg*, volvió en el 1.^{er} puesto sin que hasta ahora nadie se lo haya quitado.

Lo mismo sucede con los *Cocimientos de Zittman* y los *polvos de Pollini*, en que se dice que muchas veces después de un tratamiento Hg intenso, usado, con cualquiera de las dos preparaciones, se obtienen resultados asombrosos. Natural, el organismo está sobre saturado de Hg, los tejidos tienen almacenados mucho Hg, y no tiene acción según *Sommer*, porque no se halla en la corriente sanguínea, pero administrando uno de esos polvos ó cocimientos que son diuréticos, evacuentes y sudoríficos, el Hg es llamado del tejido á la sangre porque se elimina una cantidad, y este llamado intra-sanguíneo, produce el mismo efecto que si se le inyectara nuevamente Hg, y como está en la sangre ésta lo lleva por todos los lados y lo elimina porque los emuntorios están á la vez excitados y así es como obran estos medicamentos, que solo actúan bien en los casos en que ya se le dió 60, 70 fricciones sin resultados, porque éstas sobresaturan al organismo, y ellos se encargan de eliminar al Hg que está de más.

Los Polvos de Pollini, son muy repugnantes para tomar: al principio se le dá una $\frac{1}{3}$ parte del frasco á la mañana y otra $\frac{1}{3}$ parte á la noche,

después se dá $\frac{1}{2}$ á la mañana y noche. Se aconseja tomar una parte al acostarse y otra 2 horas antes de levantarse á la mañana, y esto se hace así porque como son sudoríficos, se suda mas en la cama al caliente, que levantados, en que el aire impide la transpiración bien. Después se tiene 2 ó 3 evacuaciones abundantes y dolorosas: se continua así hasta haberse tragado dos ó tres docenas de frascos; es por esto pues que enfermos que han tomado Hg por años sin resultado, tomando estos polvos se curan rápido.

El cocimiento de Zitmann, se expende de 2 clases: el cocimiento *fuerte*, que se hace con leñas nuevas y el *débil*, que se hace con los residuos de una primera decocción.

La dosis es variable, 900 á 1000 gramos en 4 días dicen unos, y otros aconsejan, cocimiento fuerte á la mañana y débil á la noche. Lo mejor es dar 1000 gramos en 4 días de un solo cocimiento, pues así se vé mejor sus efectos. Si dá más de 4 evacuaciones abundantes por día hay que disminuir la dosis. A veces no se puede tolerarlo por lo repugnante que es, y así se continúa hasta 15 ó 20 días, porque como es un purgante, administrado siempre irritaría al intestino, y debilitaría al enfermo. Así, pues, el cocimiento de Zittmann, según Sommer, es un poderoso auxiliar del tratamiento mercurial, cuando este administrado á alta dosis, sobresatura el organismo y no dá resultado.

Hidroterapia. — Ella se usa bajo la forma de baños sulfurosos y de baños tibios. Indudablemente que los baños sulfurosos tienen una acción

terapéutica en la sífilis, activando la eliminación del Hg.

Muchas veces oímos decir de personas que han ido al Rosario de la Frontera en las fuentes de baños que allí hay, que el agua allí es tan fuerte que hace salir los granos afuera. El Dr. Sommer dice que indudablemente los baños sulfurosos tonifican á la piel y al organismo, levantando á su nutrición.

Es basándose en esto que el Dr. Sommer ha visto que á un sífilítico al que ya le ha salido la roseola, si le damos baños sulfurosos, le salen las pápulas pronto.

Es así que personas que han ido á los baños de la Frontera, enseguida tuvieron erupción de pápulas sífilíticas, habiendo ido para curar de dolores óseos, cefaleas, etc., indudablemente de origen sífilítico.

Entonces deducimos que: 1º, el baño sulfuroso es un revelador de la sífilis, pues así como en la fotografía, el baño revelador hace ver la imagen así también en un individuo que tiene sífilis y no se le vé, con el baño sulfuroso revelador, determinará la aparición del exantema sífilítico.

Es pues *un medio de diagnóstico* en los casos de sífilis indistinguishables. 2º es un agente terapéutico en la sífilis y obra lo mismo que los polvos de Pollini, etc. En efecto hay en algunos puntos de Europa en que se dice que la aplicación de la hidroterapia fría, dá muy buenos resultados: pero, ¿en que casos los dá? En aquellos casos que por saturación del Hg, este no tiene acción, pero aplicada la hidroterapia, esta actúa haciendo eliminar

el Hg que está demás. ¿Como es que tiene esta acción la hidroterapia? Es que sabemos que el baño frío quita calor al cuerpo, y la temperatura para restablecer su equilibrio aumenta las combustiones locales, lo que determina una salida del Hg de los tejidos en donde se almacenan, mercurio que caería de nuevo en la circulación y así circularía, obraría sobre la lesión y se eliminaría. Pero hay que tener miedo á la demasiada eliminación.

Es así que si á un sífilítico bajo un tratamiento Hg intenso, se le lava la cabeza con agua fría y por algun tiempo, le sobreviene un ptialismo intenso y una cefalea molesta; es que el Hg estaba diseminado por todos los lados y como en la cabeza se le enfrió por el agua, allí aumentaron las combustiones y allí acudió el Hg en mayor cantidad, eliminándose también en gran cantidad y como sale por la saliva, ésta es abundante y dá el ptialismo. Es así que para evitar este inconveniente en la hidroterapia, se principia por tomar un baño de asiento frío y corto, después se vá sumergiendo mas cuerpo poco á poco hasta que por último se baña la cabeza, y el enfermo puede así no tener el ptialismo y curarse.

En el verano, con el calor se tiene un sudor tan intenso que uno se baña sin pensar y hace así hidroterapia. En todo esto hay que tener las precauciones citadas.

Además conviene que el enfermo haga un viage por mar ó por tierra, al llano ó á la montaña porqué así el enfermo fuera de sus negocios, está más despreocupado, respira aire más puro.

come mejor y esto ayuda á la curación de la sífilis.

Las bebidas alcohólicas, como el vino, la bicicleta se permitirán siempre que todo sea moderado.

Otros aconsejan *un régimen alimenticio* pero en general, se puede dejar que el enfermo se alimente bien y de lo que más le guste.

Modo de tratar á un sífilítico

¿Qué métodos, como y en qué momentos usaremos el tratamiento mercurial en un sífilítico? Ante todo, preguntamos ¿Cuándo debemos iniciarlo? ¿Debe iniciarse cuando aparece el chanero ó los exantemas? Las opiniones se dividen y cada cual sostiene su método. Así algunos siguiendo á Fournier hacen *el método inicial*, es decir cuando diagnosticamos el chanero sífilítico duro, mientras que el Dr. Sommer es mas partidario de que se trate recién cuando aparecen las roseolas y cefaleas, etc.

¿Cual de los dos será el mejor?

Todo depende del criterio personal y razones hay para lo uno y para lo otro. Veamos:

Así *Sommer*, no cree prudente *el tratamiento inicial*, porque con lo que hemos ya visto y con lo que veremos, nos daremos cuenta de lo difícil de diagnosticar con seguridad un chanero si es ó no sífilítico antes de los síntomas secundarios.

pues ha habido casos de enfermos que teniendo un chanero *al parecer* sifilítico, siguiendo al tratamiento inicial, los han tratado como tales por 2 y 3 años, sin ver más adelante ningún síntoma y de repente aparecésele un chanero duro seguido de las gradas de la infección sifilítica, típico y haberlo tratado inutilmente antes por no esperar un mes más, y teniendo á un individuo con asuetud al Hg.

Los sostenedores del tratamiento inicial, por el contrario, dicen que obrando así procederemos bien porque prevenimos los síntomas secundarios y lo que sucede realmente es que lo que se hace es alargar más la aparición de las roseolas y pápulas: pues si se trata de un chanero sifilítico siempre aparecerán tarde ó temprano. Pero ellos replican á su vez, que estos síntomas, *si acaso aparecen*, serán benignos. Pero lo que se gana es hacer una asuetud del enfermo para el Hg. y tratar como sifilítico á uno que no lo es.

Hay casos de sifilíticos que han empezado con un chanero gigante, muy grande, con una deformación tremenda del pene, y que por temor de que estos síntomas tomaran proporciones mayores, pedían al Dr. Sommer con insistencia y contra su parecer, que los tratasen cuanto antes.

Sommer accediendo á esos deseos y por vía de experimentación *in anima vili*, administraba un tratamiento intenso de Hg. y en esos casos los síntomas secundarios aparecían mucho más rápidamente y eran mucho más serios, así tenían una alopecia intensa, etc.

Sommer atribuye esta malignidad de los síntomas secundarios, en esos casos de chanero gigan-

te, al uso precoz de un tratamiento Hg intenso. En cambio hay quien por el aspecto del chanero, juzga la malignidad de una sífilis: de modo que en ese chanero gigante era ineludible que su sífilis sería mas grave, y que eso no es un inconveniente para el tratamiento inicial. Pero á esto contesta Sommer ¿un chanero sífilítico es influenciado por ese tratamiento inicial?

No, no es influenciado, porque solo cuando aparecen los síntomas secundarios al mes y medio, empieza á cicatrizar el chanero en ambos métodos de tratamiento: parece que los exantemas absorvieran del chanero el virus tóxico que impide su cicatrización y lo diseminara por el organismo. Luego el tratamiento inicial es: 1º inútil si ni siquiera influencia la regresión del chanero y 2º es perjudicial porque si hacemos desde el principio las fricciones que son 30 y duran un mes, como después viene el mes de pausa que se ha perdido inutilmente porque el chanero no ha cicatrizado y porque en ese mes aparecen los síntomas generales internos y externos que no se pueden tratar por temor á la intoxicación y á la asuetud.

De allí pues, que Sommer, es contrario al tratamiento inicial y espera la aparición de los síntomas generales que se pueden combatir porque es el primer ciclo de fricciones ó inyecciones.

Con esperar los síntomas generales y no hacer tratamiento inicial evitamos además las confusiones entre los chaneros, pues si el error se hace es realmente penoso sobre todo si se trata de un joven que por tener un chanero que no es sifi-

lítico cae en manos de uno de los partidarios del tratamiento inicial.

De allí, pues, que es mejor vigilar bien á un sífilítico que tiene chancro para ver la roseola ó pápulas que pueden salir más pronto mediante la acción de la hidroterapia sulfurosa que hace un llamado de los exantemas sífilíticos y podremos por lo tanto desde ahora estar seguros de que es un sífilítico é iniciar el tratamiento Hg.

División de los métodos. — Son varios: *El método oportunista ó sintomático*, por el cual pocos son los que vogan en su forma, y como su nombre lo dice es aquel que trata á un sífilítico solamente cuando éste tiene síntomas. Los partidarios no creen que el Hg sea á la vez curativo preventivo, y sínó curativo unicamente.

Este método oportunista es el que en las estadísticas más síntomas terciarios combate, también espera al goma para tratarlo en vez de prevenirlo para que no venga, de allí la frecuencia de la sífilis 3^a. El médico muchas veces hace tratamiento oportunista ó sintomático por desidia del enfermo, que no hace sus fricciones porque se cree sano y porque siempre vá al médico cuando tiene síntomas.

Sin embargo Sommer lo rechaza por:

1^o porque no lo usan como preventivo al tratamiento mercurial.

2^o que por no aparecerle más sífilides papulosas y gomas, eso no quiere decir que no necesite más Hg, pues, ¿acaso nuestra vista, y nuestro tacto tendrán sensibilidad suficiente, como para demostrarnos que tal ó cual ganglio ú órgano interno, no esté amenazado por una lesión sífilí-

tica que sigilosamente avanza y evoluciona. Y los médicos que al despedir á sus enfermos después de combatir á un síntoma y le dicen que vuelva cuando vea otro, ¿qué seguridad tiene de que su enfermo tiene síntomas sífilíticos para volver á ser tratado oportunamente?

Nosotros con Sommer creemos que por todas estas razones, este método oportunista aunque no malo, no sea el mejor.

El método continuo. — Porqué la sífilis es una enfermedad crónica, ¿debemos acaso dar Hg desde el principio hasta el fin, sin interrupción? No, no deberemos proceder así, pues hay que temer la intoxicación y la asuetud al medicamento que al fin no tiene acción.

El tratamiento Hg intermitente, instituido por *Fournier*, es el que evitando los inconvenientes anteriores, se hace el método *de elección* en el tratamiento de la sífilis; pero, ¿en qué modo se harán las intermitencias? Esto dependerá de la intensidad de la lesión y del grado de susceptibilidad del enfermo para el Hg. En general si se quiere un tratamiento intenso bastarán 30 fricciones y 4, 6, 7, 8 inyecciones.

Si se quiere un tratamiento suave, con un tratamiento intenso por píldoras ó jarabes en la forma conocida, por un mes ó 6 semanas, será suficiente.

¿Cuanto tiempo deberá durar el tratamiento de la sífilis? *Ricord*, decía que con 6 meses de tratamiento mercurial es suficiente y después yoduro en adelante. Esto no es cierto, es insuficiente, pues hemos visto mas de un caso en que después

de 30 años de sífilis han aparecido gomas sífilíticas; si bien estamos en ambos casos en los extremos, debemos buscar un término medio que indudablemente será mayor de 6 meses.

Fournier, en efecto en sus obras que fué publicando, vió primero que era menester 1 año, 1 año y $\frac{1}{2}$ de tratamiento Hg, más tarde decía 2, después, 3, 4 y 5 años, pues la práctica le iba aconsejando que eran más frecuentes de lo que se suponía las gomas en los sífilíticos de 2 ó 3 años de tratamiento.

Sommer, en su práctica ha visto que como mínimo son 2 años de tratamiento Hg, todo lo demás es conveniente; menos tiempo, es exponer á que transmita la enfermedad. Ahora, bien. ¿Como se hace el tratamiento?

Se debe seguir un cierto método, aunque muchas veces los síntomas lo desvía.

Así, pués, una vez diagnosticada bien la sífilis por los síntomas generales de infección, y por el exantema sífilítico, iniciaremos el tratamiento con un ciclo intenso, de 30 fricciones Hg ó de sales insolubles; después de este primer mes de tratamiento, al segundo mes es una pausa, un descanso; al tercer mes volveremos á las fricciones ó inyecciones que duran todo el mes, y esto para prevenir la alopecia sífilítica que aparece en el cuarto mes que es descanso y el enfermo no tiene alopecia; después al quinto mes podemos usar un tratamiento más suave y emplearemos píldoras, al sexto mes descanso, al séptimo píldoras y al octavo descanso y se sigue por un año ó uno y medio; más adelante se alargan los pe-

riodos de pausa y á los dos años de tratamiento las pausas pueden ser de dos meses, pero entónces en ese período de pausa intercalaremos al I^o K que se una á la acción del Hg para prevenir los accidentes terciarios. Algunas fricciones é inyecciones de vez en cuando no son malas, y más las usaremos si por desgracia algún goma, etc., aparece y urge la necesidad que desaparezca. Así para el tercer año, y se llega al cuarto año de tratamiento, y se ván alargando los intervalos y se sigue observando si hay algún síntoma para atacarlo. Pero lo que suele suceder al cabo de ese tiempo, es que el enfermo está cansado de tratarse y dice: ¿Bueno doctor, ya ván cuatro años que me estoy curando, estaré por fin sano?. Por desgracia no hay ningún medio para decir si está ó no sano; solo la práctica, la estadística, podrá decir si hay ó no signos sifilíticos posteriores.

Sin embargo le diremos: «en conciencia Vd. está sano, pero seguridad y garantía no puedo darle de que Vd. no tendrá más síntomas sifilíticos; y cualquier enfermedad, cualquiera que Vd. tenga, no se olvide de decirle nunca á su médico que Vd. ha tenido sífilis, porqué las lesiones internas escapan en esos momentos á la astucia y perspicacia médica, y con esa explicación le abre al médico una nueva via al tratamiento».

Es necesario que esto se haga porque hay sifilíticos que tienen un dolor de cabeza de 8 á 10 días y ellos creen que será debido á un trabajo excesivo, á un resto de influenza, y de golpe se caen debido á una hemiplegia sifilítica.

Pero esa cefalea intensa predecesora de algunos días de la hemiplegia, es un signo importante para preveer una próxima hemiplegia que será evitada si se instituye un tratamiento enérgico de las fricciones ó inyecciones.

Lo mismo sucede en la atrofia de la papila óptica debida á una mielitis sifilítica del nervio óptico, que si el enfermo siente molestias en la visión y toma Hg. la ceguera que sería irreparable se evita con seguridad.

¿Pero esto quiere decir que la sífilis no se cura jamás? No, puesto que se han observado individuos con sífilis doble, en que tanto en la primera sífilis como en la segunda, hay chancro, bubón, exantemas, gomas, etc., con su evolución típica, y esta segunda sífilis no habría aparecido si la primera no se hubiera sanado. El ¿por qué? no lo sabemos: 1º porque no se sabe el germen de la sífilis. 2º porque la inoculación en animales es imposible. Busquemos de hallar estas dos condiciones y la ciencia nos perpetuará en los tiempos.

